SAINT - LUC
MEDICAL

No 5

Sint Lucas
Tijdschrift

SOMMAIRE-INHOUD

(Samedi avant-midi — Zaterdag voormiddag)

Rapports et Discussions

ABORTUS

Verslagen en Diskussies

La Société Médicale Belge de Saint-Luc a voulu apporter sa contribution à la discussion à propos de l'avortement en organisant un congrès international sur ce sujet qui préoccupe actuellement l'opinion publique.

Dans le volume que nous présentons aujourd'hui sont publiés les rapports, communications et discussions de notre congrès.

Les interventions des participants ont été enregistrées et ensuite fidèlement reproduites; il importe en les lisant, de tenir compte de leur caractère d'improvisation.

Les actes de notre congrès seront envoyés aux membres de notre société ainsi qu'aux participants inscrits, mais mis également à la disposition de tous ceux que cela intéresse en Belgique et à l'étranger.

Nous rappelons à nos lecteurs que nous avons mis nos travaux sous la protection de la Femme, qui par son Fiat, est devenue la Mère parfaite du Fils parfait.

Dr. L. Libbrecht
Président National.

De Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lukas heeft door het inrichten van een Internationaal Congres willen bijdragen tot de discussie van het probleem van de abortus provocatus dat sinds geruime tijd de openbare mening beroert.

In het verslagboek dat wij hiermede inleiden werden naast de verslagen en mededelingen ook de discussies opgenomen. In deze laatste zijn de deelnemers van het Congres zelf aan het woord. Hun tussenkomsten werden zo getrouw mogelijk weergegeven; bij de beoordeling ervan dient rekening gehouden met hun improvisatorisch karakter.

Dit verslagboek zal niet alleen aan de leden van onze Vereniging en aan de ingeschreven deelnemers van ons Congres toegezonden worden, maar ook in ruime mate ter beschikking gesteld worden van belangstellenden in binnen- en buitenland.

Aan alle lezers wensen wij in herinnering te brengen dat wij ons Congres onder de bescherming geplaatst hebben van de Vrouw, die door haar Fiat, de volmaakte Moeder van de volmaakte Zoon werd.

Dr. L. Libbrecht
Nationale Voorzitter

INDICATIONS MEDICALES DE L'AVORTEMENT THERAPEUTIQUE

Prof. Dr. Joseph A. SCHOCKAERT (Louvain)

INTRODUCTION

A vrai dire, je suis heureux que le titre de mon exposé préliminaire n'ait pas été plus court, comme par exemple : « Indications médicales de l'avortement » et ait laissé de côté le mot : « thérapeutique ». Il semble en effet que tout avortement médical ne soit pas nécessairement *« thérapeutique »*. En général, le médecin doit en effet à sa vocation de faire non seulement de la *thérapeutique,* mais également de la *prophylaxie,* mais cette remarque peut soulever bien des problèmes et je me permettrai de revenir sur cette question, qui est loin d'être uniquement d'importance *terminologique.*

Comme il nous fut demandé, nous limiterons notre propre aperçu aux affections purement *somatiques.*

Avant que d'entrer « in medias res », je crois opportun de signaler qu'à l'Université Catholique de Louvain, nos jeunes étudiants fraîchement promus prêtent solennellement le serment d'Hippocrate dans le texte adopté depuis 1948 par l'Association Médicale mondiale.

Le huitième paragraphe de ce serment dit textuellement : « Je ne permettrai pas que des considérations de *religion,* de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon *devoir* et mon *patient ».* Fidèle à cet idéal, mon exposé se libérera forcément de toute autre considération que celle qui concerne l'attitude à prendre par *tout médecin conscient de ses responsabilités,* devant le problème de l'avortement médical.

Comme médecins catholiques, en effet, nous sommes tous conscients de ce que dès la fin du premier siècle de l'ère chrétienne, la Didakhè prescrivait déjà : « Tu ne tueras point l'enfant par avortement, et ne l'assassineras pas une fois né ». Et récemment encore, dans l'Encyclique « Humanae Vitae », Paul VI disait : « Est absolument à exclure l'interruption directe du processus de génération déjà engagée, et surtout l'avortement directement voulu et procuré, *même pour des raisons thérapeutiques ».* Si l'exposé qui va suivre semblera donc à certains passer outre à ces deux prescriptions, c'est parce que, fidèles

à l'idéal du médecin, c'est *la vie* des malades qui se confient à nous, qu'il nous faudra ménager, éventuellement même en mettant *fin* à l'état de grossesse, pour renforcer et rendre plus efficace, l'effet des thérapeutiques spécifiques médicales. Toutefois, une remarque préliminaire d'*importance capitale* s'impose ici ! C'est notamment qu'il n'existe *aucune commune mesure* entre un avortement même qualifié de thérapeutique, parce que destiné à sauver *la vie* d'une femme enceinte, et *aucune autre thérapeutique,* même la plus différenciée et la plus élaborée.

L'intervention chirurgicale la plus difficile est susceptible de sauver une vie, mais sans coûter le prix d'une *autre* vie humaine. Par ailleurs, le terme d'*« indication »* dans le cas d'un avortement médical, ne peut jamais être mis sur le même pied qu'aucune autre « indication » thérapeutique, médicale ou chirurgicale.

Poser l'existence d'une *indication d'avortement thérapeutique médical,* sujet qui me fut proposé, correspond en effet à *supprimer une vie* que certains qualifient seulement de potentielle, mais en réalité déjà existante à deux mois de grossesse comme à six, comme la veille du terme, et comme à deux ans *après* la naissance !

Si je me permets d'insister tellement sur ce point, c'est pour faire ressortir l'immense différence, sur le plan de l'éthique médicale, entre une décision d'avorter une femme, même en danger de mort et celle d'effectuer un traitement chirurgical ou médical, même le plus exceptionnel.

Un avortement thérapeutique, je le répète, n'est au point de vue moral, ni même au point de vue strictement médical, aucunement comparable à aucune autre thérapeutique. Il me semble à l'*heure actuelle indispensable* de répéter une vérité qui n'a que trop tendance à s'estomper dans la vision, tant de certains médecins, que surtout du public, même le plus antimilitariste, le plus antiatomique, le plus ultra-pacifiste et ennemi absolu de la peine de mort légale, même éventuellement largement méritée. En effet, tout avortement dont on parle, par ailleurs, avec tant de légèreté, tue un futur être humain. Chaque année, l'avortement tue au Japon huit fois, en Allemagne cinq fois plus de vies humaines que la bombe d'Hiroshima. Nous croyons utile de rappeler à ce moment le drame de conscience qui se posait encore il y a cent ans, période très courte dans l'histoire humaine, notamment le drame de l'embryotomie sur enfant vivant, à une époque où la césarienne, intervention aujourd'hui quasi anodine, était encore trop souvent une intervention mortelle. Il se posait la question de savoir laquelle des deux vies il fallait sacrifier, celle de la mère en la césarisant, mais en sauvant l'enfant, ou celle d'un foetus à *terme* que l'on devait

tuer par embryotomie, si l'on ne désirait pas voir mourir la mère *avec* son enfant non encore né.

Nous en arrivons ainsi au sujet même de notre conférence introductive. *Existe-t-il donc encore à l'heure actuelle des cas où se justifie un avortement thérapeutique pour raison vitale ?* A cette question, il faut bien répondre que *oui,* et nous nous permettrons de les passer en revue sans que notre étude puisse être exhaustive.

Au cours des derniers lustres, les progrès de la médecine ont diminué très *considérablement* le nombre de cas où la *vie* d'une femme enceinte est directement menacée par sa grossesse, c'est-à-dire par les modifications apportées par l'unité foeto-placentaire, en réalité placentaire surtout, sur les diverses fonctions maternelles. Au cours du premier tiers de ce siècle encore, la *tuberculose* pulmonaire, très fréquente à l'époque, et les *vomissements incoercibles* du début de la grossesse, constituaient encore fréquemment une justification majeure de l'avortement thérapeutique.

Dans la première partie de mon exposé, celle qui me fut proposée d'ailleurs, je ne mentionnerai que les indications strictement *somatiques* modernes de l'avortement thérapeutique, c'est-à-dire les cas où la continuation de la grossesse en cours, mettrait gravement et à relativement brève échéance *la vie* de la femme enceinte en danger.

Je reste conscient toutefois que la santé *physique* ne constitue qu'une facette du problème chez l'être humain.

Les conceptions modernes sur la psycho-somatique justifient en effet la vision que l'homme n'est pas seulement un soma. L'impact psychologique d'une grossesse peut accentuer l'importance des conséquences initialement purement somatiques, par exemple en cas de cardiopathie.

A. GESTOSES

On entend par « gestoses » les affections strictement gravidiques, notamment gestose précoce ou vomissements incoercibles du début de la grossesse, et gestose tardive, éclamptogène.

Le traitement médical moderne des vomissements incoercibles est dans l'immense majorité des cas suffisant que pour rendre l'avortement inutile.

Il pourrait toutefois encore rester exceptionnellement indispensable lorsque, malgré un traitement médical équilibrant du point de vue électrolytique et liquidien, des signes graves d'insuffi-

sance hépatique apparaissaient, telles que leucine- et thyrosinurie, bilirubinémie dépassant 45 mg %, augmentation dangereuse des phosphatases alcalines, diminution grave de poids, et troubles psychiques.

B. SYSTEME CIRCULATOIRE

La fonction cardiaque est fortement influencée par la grossesse. En voici quelques données : le volume-minute de l'activité cardiaque augmente de 30 %, le volume sanguin total passe de 4 à 6 litres, il y a augmentation de la pression veineuse, notamment dans les membres inférieurs (varices), le diaphragme est refoulé vers le haut, ce qui diminue la capacité respiratoire, déjà handicapée par la congestion de la circulation pulmonaire. Si cœur, poumons et vaisseaux sont en bon état, la grossesse et même l'accouchement seront bien tolérés par la future mère, d'autant plus que vers les toutes dernières semaines, les conditions physiologiques s'améliorent au point qu'une insuffisance cardiaque est rare durant l'accouchement bien conduit. Pourtant, si la maternité maternelle globale par affection cardiaque pergravidique est tombée en 25 ans de 12 à 2 %, elle reste toutefois cinq fois plus élevée qu'en dehors de la grossesse. Les *cardiopathies* représentent toujours une des quatre causes les plus fréquentes de mortalité maternelle péripartale.

En moyenne, 2 % des futures mères sont cardiaques, les chiffres variant de 0,25 à 7,5 % d'après les auteurs.

Un test utile dans les cardiopathies per-gravidiques est celui proposé après étude de plus de deux cents autres méthodes par Schneppenheim, notamment par l'ergospirographie.

Si le maximum de l'inspiration n'atteint que 850 cc d'oxygène (groupe III), la cardiaque mérite que l'on envisage un avortement thérapeutique.

Le groupe II dans lequel la capacité respiratoire atteint de 850 à 1200 cc, est celui dans lequel le risque foeto-maternel est toujours élevé, mais où un traitement adéquat suffit habituellement à protéger tant la mère que l'enfant.

Le groupe I dans lequel l'ergospirométrie démontre plus de 1.200 cc d'oxygène ne pose pas de problème grave tout en demandant des soins adéquats.

En pratique, grâce aux techniques médicales habituelles, les cardiopathies d'origine rhumatismale, qui forment 95 % des cas, les anomalies valvulaires diverses, les cardiopathies d'origine congénitale, syphilitique, coronaire, ne justifient plus que rarement l'avortement thérapeutique, du moins dans les pays où les

soins médicaux sont à la hauteur des découvertes diagnostiques et thérapeutiques modernes. Tablant sur la classification en 4 groupes du « Committee of the New York Heart-Association », Mendelsohn a trouvé que parmi 3.000 femmes cardiaques enceintes, 88 % appartenaient aux classes I et II, et 12 % aux classes III et IV. La mortalité maternelle de ces dernières est élevée et dans certains cas permet encore d'envisager l'avortement thérapeutique au début d'une grossesse. En cas de sténose mitrale avec décompensation, de persistance d'un canal artériel, d'une tétralogie de Fallot ou d'une communication interauriculaire durant la grossesse, celle-ci ne semble pas constituer une *contre-indication* à la valvulotomie. Cette dernière intervention a d'ailleurs été exécutée avec succès peu avant le début d'un accouchement en cas d'œdème pulmonaire grave. L'idéal serait cependant que de telles interventions fussent exécutées *avant le mariage* ou au moins avant le début d'une grossesse. Le temps est passé toutefois, que toute anomalie valvulaire, que toute endocardite rhumatismale ou qu'une arythmie durable constituait quasi automatiquement une indication d'avortement médical.

Quant aux affections *thrombogéniques* par contre, l'on sait que les femmes ayant présenté des lésions gravidiques phlébitiques thrombogènes, sont exposées à la récidive en cas de nouvelle grossesse dans une proportion élevée de cas variant de 30 à 75 % et justifiant exceptionnellement un avortement thérapeutique précoce, mais alors aussi une stérilisation définitive chirurgicale et non hormonale, les préparations ovarostatiques hormonales exposant elles-mêmes à l'embolie.

C. SYSTEME RENAL

Sauf en cas de syndrome *néphrotique* avec albuminémie à moins de 2 gr %, surtout s'il y avait urémie marquée, l'avortement thérapeutique est rarement indiqué. Nous avons vécu le cas d'une jeune personne ne vivant qu'avec un seul rein de donneur et supportant allègrement une grossesse qu'il lui avait été pourtant formellement déconseillée. Nous ne l'avons pas avortée et elle mit un enfant parfaitement sain au monde, sans symptômes d'insuffisance rénale du rein transplanté, du moins pendant les mois qui suivirent l'accouchement.

L'hypertension simple préexistant à la grossesse, réagit habituellement aux thérapeutiques modernes médicamenteuses ou opératoires. Il ne faut toutefois pas perdre de vue qu'elle expose aux gestoses tardives sept fois plus fréquemment que chez les femmes gravides non hypertendues au départ. Le risque de décollement placentaire prématuré avec ses conséquences quel-

quefois gravissimes pour l'enfant comme pour la mère, est *10* fois plus élevé chez les femmes enceintes dont la tension atteint ou dépasse 180/90. Dans les cas d'hypertension compliquée d'insuffisance grave rénale et cardiaque, un avortement thérapeutique pourra quelquefois être pris en considération, en se basant sur tous les facteurs possibles, notamment sur l'évolution des grossesses précédentes.

D. SYSTEME RESPIRATOIRE

Comme dit plus haut, la *tuberculose pulmonaire* que l'on traite actuellement de manière si efficace, par le repos, les tuberculostatiques modernes, la collapsothérapie, et même la résection chirurgicale partielle, n'est qu'exceptionnellement une raison d'avorter une tuberculeuse enceinte. Ce n'est plus qu'en cas de résistance des bacilles de Koch et de l'existence de divers autres facteurs notamment dans le cas du diagnostic précoce d'une tuberculose massive au début d'une grossesse, cas dont la gravité exceptionnelle sera établie par un phtysiologue compétent, qu'un avortement thérapeutique pourra être pris en considération, comme également dans certains cas de généralisation milliaire précoce et d'atteinte méningée. L'avortement thérapeutique est à envisager dans certains cas d'insuffisance respiratoire grave par emphysème, bronchiectasie, fibrose pulmonaire, asthme gravissime, toutes conditions plutôt rares à l'âge de la reproduction.

E. SYSTEME DIGESTIF

Certaines conditions aiguës abdominales exceptionnelles telle qu'une thrombose aiguë du mésentère, une colite ulcérative perforée, une pancréatite aiguë, certains cas de cirrhose hépatique avec hypertension portale, à différencier de l'ictère cholostatique gravidique bénin, peuvent inciter à une terminaison de la grossesse, tandis que d'autres affections, telle que l'ulcère peptique par contre, se trouveront souvent améliorées.

F. SYSTEME HEMOPOIETIQUE

Il faut citer l'anémie à cellules falciformes, fréquente en Afrique et dans la population noire des Etats-Unis, les rares cas de sphérocytose, lorsqu'une splénectomie n'est plus possible, l'anémie hémolytique grave résistant à la corticothérapie, surtout et presque spécifiquement dans ce groupe, la thrombopathie familiale d'Hemmeleer qui exposera la femme enceinte à des hémor-

ragies foudroyantes durant la grossesse et surtout l'accouchement, ainsi que les lympho- et réticulocarcomes et les lymphogranulomes, du moins si leur évolution commandera un traitement énergique et rapide par radiations ionisantes ou cytostatiques embryotropes. Dans certains cas de *leucémie* aiguë, contrairement aux cas chroniques, la grossesse devra être arrêtée pour la même raison que dans les cas précédents.

G. AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES

1. Les cancers des organes génitaux internes, tel que le cancer du col utérin, ou de l'ovaire, réclament un traitement d'urgence malgré l'existence d'une grossesse éventuelle. L'urgence est pleinement justifiée par l'évolution habituellement explosive, quelle que soit la technique thérapeutique choisie, du moins si elle est appliquée au début de la gravidité.

Je sais qu'on a différencié l'avortement « indirect » exemplifié par l'avulsion d'un utérus cancéreux, en sacrifiant la grossesse, ou comme l'illustre d'ailleurs un autre cas notoire, notamment l'avulsion d'une trompe malade contenant une grossesse extra-utérine en évolution d'une part, et d'autre part l'avortement *« direct »* effectué *avant* d'enlever l'organe malade, l'utérus à col cancéreux par exemple, un traitement par le radium intra-utéro-cervical nécessitant l'avulsion préalable de la grossesse par une technique strictement abortive.

On oublie toutefois que si le foetus n'avait pas été préalablement retiré de l'utérus, les radiations l'auraient condamné en tous cas d'une manière également directe, mais plus lente, mais peut-être moins impressionnante ! D'ailleurs, dans une grossesse extra-utérine abdominale, c'est-à-dire intra-péritonéale, le gynécologue est bien forcé d'effectuer un *avortement direct,* puisqu'il limitera son intervention à l'avulsion du foetus, éventuellement vivant, en laissant placenta et membranes in situ. Cette distinction entre avortement direct et indirect, l'un coupable à certains yeux, l'autre parfaitement innocent, paraîtra à beaucoup largement dépassée et sans intérêt pratique pour le médecin le plus consciencieux, quand il s'agit d'une indication vraiment vitale pour la mère.

2. Cancer du sein.

Les opinions sont divergentes dans l'attitude à prendre dans le cas d'un cancer du sein découvert au cours d'une grossesse ou d'une grossesse qui s'installerait chez une porteuse d'un cancer du sein traité. Une majorité substantielle, à laquelle

nous appartenons, attribue à la gravidité une action nettement stimulante sur le cancer du sein en évolution, et dont le traitement adéquat devra donc comporter également l'avortement thérapeutique. Par contre, dans les *autres cancers,* l'opinion actuelle nie nettement l'influence néfaste dàune grossesse sur un néoplasme non gynécologique. L'attitude pourra toutefois pencher vers l'avortement dans les cas où des irradiations devraient être appliquées de manière dangereuse pour le foetus et son placenta.

3. Des interventions opératoires antérieures pour troubles statiques graves, peuvent obliger le gynécologue à effectuer une césarienne à terme, mais non un avortement. Si, au jugement d'un opérateur, une césarienne ultérieure s'avérait dangereuse, il devrait avoir pris la précaution opératoire de rendre une grossesse impossible en stérilisant la mère, ou au moins en lui donnant des moyens absolument sûrs pour éviter la grossesse.

H. AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

Certains cas de sclérose multiple, d'épilepsie grave, de tumeurs cérébrales, comme le méningiome, des anévrismes intra-crâniens multiples, certaines affections héréditaires comme la chorée de Huntington, les myasthénies graves, l'hémiplégie gravissime peuvent paraître dans certains cas justifier un avortement thérapeutique.

I. AUTRES INDICATIONS

Les affections oto-rhino-laryngologiques et oculaires ne semblent jamais justifier l'avortement. Enfin, certaines affections cutanées, faut-il le rappeler, telles que le mycosis fungoide, le pemphigus vulgaire, le lupus érythémateux aigu ou subaigu, surtout la sclérodermie progressive, le dermatomyosite, peuvent prendre une telle ampleur de par la grossesse, que tout en ne menaçant pas toujours directement la vie physique de la malade, elles peuvent influencer son moral au plus haut point, et seraient pour certains auteurs, exceptionnellement d'ailleurs, une indication d'avortement thérapeutique. Mais ceci est une autre histoire et constitue un trait d'union avec la seconde partie que nous envisagerons bientôt.

En résumé de ce qui vient d'être énoncé, il faut relever que la littérature récente confirme l'évolution de plus en plus favorable dans le sens d'une *diminution progressive des indications vitales somatiques* de l'avortement thérapeutique « stricto sensu ».

D'après Jeffcoate, auteur dont l'autorité scientifique et morale ne sera contestée par personne, une indication *strictement somatique médicale* de l'avortement thérapeutique n'existerait en Angleterre que pour une seule grossesse sur cinq cents. Si ce chiffre était applicable à la Belgique, il ne justifierait pas plus de 300 avortements thérapeutiques par an dans notre pays.



Il nous est en réalité impossible de vous donner en quelques minutes un aperçu complet des indications actuelles de l'avortement réellement thérapeutique. Certains pays ont essayé d'en publier une liste rédigée par des comités compétents tels que, en Angleterre, la British Medical Association, présidée par le Professeur Gerrard.

La Roumanie elle-même a décidé depuis peu (1968) une certaine restriction légale de l'avortement, antérieurement totalement libéré, et a publié une liste exhaustive des affections physiques et mentales susceptibles de justifier actuellement légalement l'interruption de la grossesse (1968).

Dans les cas où une décision doit être prise, surtout dans les cas-limites, il y aura lieu de prendre en considération non seulement la maladie qui atteint la femme enceinte, mais également tout le contexte psychologique et social.

Telle malade enceinte, maternellement privilégiée, pourra se faire soigner des mois durant, par les meilleurs spécialistes, et pourrait de la sorte éviter une décision abortive ; telle autre malheureuse ne se trouvant pas dans une situation identique, devra plus facilement que la précédente, laisser effectuer un avortement, pour autant qu'il le lui sera loisible légalement. La vérité nous oblige à dire que trop souvent ce sera l'inverse qui se passera, illustrant une situation hypocrite et socialement injuste au possible.

CONDITIONS

La décision d'une interruption de la grossesse ne pourra du point de vue médical être prise que sous *trois* conditions :

a) *Le diagnostic de l'affection compliquant dangereusement la grossesse,* ou que la grossesse vient compliquer vitalement, doit être posé avec toute la *rigueur possible* par les moyens les plus modernes.

b) Le *pronostic* doit être établi avec toute la prudence requise, une erreur étant toujours possible dans les deux sens. S'il est

infiniment regrettable de n'avoir pas arrêté à temps une grossesse qui menaçait à brève échéance la vie de la femme enceinte, il est tout aussi grave d'avoir sacrifié une vie foetale dans le cas d'une future mère dont l'affection en cause serait parfaitement guérie sans avortement.

c) Il faut enfin avoir prouvé l'*inefficacité* des mesures thérapeutiques les plus modernes avant de prendre la décision fatale pour la vie foetale.

TIMING

Tant du point de vue de la technique que de celui de la sécurité, un avortement thérapeutique devrait être entrepris endéans les douze premières semaines. Entrepris plus tardivement, l'avortement médical peut s'accompagner de complications techniques plus dangereuses, tant dans l'immédiat, telles que hémorragies, perforations utérines, déchirures du col, complications anesthésiques, coagulopathies, que tardives, telles qu'immunisation éventuelle contre des hémo-antigènes paternels, séquelles en cas de grossesse ultérieure éventuellement désirée, et permise après guérison de l'affection originale, synéchies ou syndrome d'Asherman, incompétence cervicale. A partir du quatrième au septième mois, une interruption tardive de la grossesse est grevée d'une morbidité et même mortalité maternelle progressivement plus élevée, au fil des semaines qui passent. Un avortement ne se justifierait encore médicalement à ce moment de la grossesse que dans certains cas d'évolution rapide d'une affection, initialement moins grave, ou encore inexistante antérieurement.

Citons déjà comme exemple une azotémie rapidement progressive ne répondant pas suffisamment au rein artificiel, une *dégénérescence graisseuse* avec atrophie jaune aiguë du foie, une décompensation cardiaque, un cancer du col utérin diagnostiqué *après le troisième mois.*

TECHNIQUES

Quatre techniques sont disponibles :

1. Le curetage classique après dilatation préalable, soit lente aux laminaires, soit rapide aux bougies d'Hégar.

2. La méthode chinoise de Wou et Wou nettement moins traumatisante, par aspiration du contenu utérin, sans emploi d'une curette toujours traumatisante. C'est la méthode la plus simple

pour autant que l'on dispose de l'appareil à provoquer un vide suffisant.

3. La méthode de Boëro consistant à injecter une solution hyperbare transpariétale (ou éventuellement solution de prostaglandine adéquate), de manière à provoquer l'expulsion spontanée du contenu utérin sans instrumentation. Cette dernière s'emploie surtout lorsque la grossesse est plus avancée que dix à douze semaines. On a cependant, les derniers temps, signalé trop d'accidents mortels que pour qu'elle prenne de l'extension.

4. Lorsque la grossesse est plus avancée encore, l'utérus est vidé par hystérotomie, c'est-à-dire par une incision vaginale destinée à ouvrir le col. Il est intéressant de signaler qu'en U.R.S.S., l'existence d'une blennoragie aiguë ou même chronique, les processus inflammatoires aigus et chroniques des organes sexuels, quelles qu'en soient les localisations, des maladies infectieuses aiguës, ainsi qu'un avortement provoqué endéans les six mois précédents, constituent des contre-indications officielles absolues.

*
* *

Mesdames, Messieurs, jusqu'ici, nous avons parlé uniquement des indications de ce que je propose d'appeler l'avortement médical *thérapeutique,* c'est-à-dire l'avortement destiné à sauver *la vie* d'une femme enceinte, immédiatement en danger de mort par suite de cette grossesse.

Revenant en ce moment pour la seconde fois au serment d'Hippocrate, nous en citons le quatrième paragraphe. En voici le texte : *« Je considérerai la santé de mon malade comme mon premier souci ».* Qu'est-ce donc que la santé ? L'O.M.S. (2, 100) la définit en ces termes : « Un état de bien-être *physique, mental* et *social* et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Si le souci primordial du médecin de sauvegarder non seulement la *vie* mais aussi la *santé* de sa malade, et si la santé se définit non seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité mais également par un état de bien-être *physique, mental* et *social,* on comprendra qu'après avoir énuméré les raisons strictement *vitales* justifiant un avortement pleinement thérapeutique, je ne crois pas déplacé de rappeler qu'il existe indiscutablement des cas où une grossesse, habituellement non planifiée, malgré qu'elle ne constituerait pas un risque *vital,* menace toutefois de manière certaine et souvent très profonde la *santé actuelle* et même *future* de la femme enceinte. Si dans certains des cas, un avortement médical était exceptionnellement effectué, je n'oserais toutefois pas employer

le terme de *thérapeutique* mais celui de *prophylactique.* Le médecin ne peut oublier les problèmes tant familiaux que sentimentaux, spatiaux, financiers, sociaux même, avec lesquels devraient vivre pendant la grossesse en question, et après son accouchement, la femme dont il doit sauvegarder dans la mesure de ses moyens, la *santé* physique et mentale. Il faut surtout reconnaître que l'avortement dans ces conditions restera une décision *trop* importante que pour traiter les conditions médicomentales à la légère, et pour se laisser entraîner *passivement* à certaines tendances manifestement trop laxistes et que d'autres mesures que l'avortement doivent *toujours* être envisagées dans toute leur ampleur, même à l'échelle de la société tout entière et non en rejetant uniquement la responsabilité sur le corps médical.

En médecine toutefois, il y a deux mots qui ne pourraient jamais être employés : le mot TOUJOURS et le mot JAMAIS. Il ne faut pas non plus perdre de vue que l'*avortement criminel non médical* constitue un mal atroce qui doit être entièrement éliminé dans un pays qui se dit civilisé.

L'étude de ce que j'appellerais l'avortement *prophylactique* n'est donc pas aisée. Diverses tentatives sont faites dans ce sens. Je n'en citerai qu'une car elle est strictement universitaire et, je crois, impartiale. A la clinique universitaire de Leyden (sous la direction du Professeur Sikkel), un groupe multidisciplinaire fut créé, comprenant gynécologues, psychiatres, psychologues, assistantes sociales, économistes, membres de diverses confessions religieuses y compris catholique romaine, et toujours si possible le médecin de famille. Dans le cas d'indications strictement somatiques, un spécialiste de la *sphère incriminée* prenait forcément part aux discussions.

De février '68 à février '70, cent soixante-neuf personnes *souhaitant* un avortement médical furent examinées par le groupe universitaire susdit. Sur les 169 cas, 21 seulement, soit 12 %, l'étaient pour affection *somatique.* Pour raisons psychiatriques et psycho-pathologiques, le groupe comprenait 47 cas, 8 cas pour viol ou inceste, mais 93 cas pour raisons dites *sociales,* soit plus de la moitié.

L'avortement fut pratiqué 91 fois sur les 169 demandes, soit un peu plus de la moitié des cas. 15 fois sur les 21 cas d'affections somatiques, soit 71 % des demandes. 37 fois sur les 47 pour raisons psychologiques, soit 80 %. 35 fois seulement sur les 90 cas pour raisons sociales, soit 37 %, et 4 fois sur 8 pour cas de viol ou inceste, soit 50 %. Pour le gynécologue, il est un peu triste, peut-il le stipuler, d'être réduit en quelque sorte à être l'exécuteur des hautes œuvres pour le tribunal que constitue le team décrit.

La proportion des 12 % seulement de demandes pour raisons strictement somatiques correspond à une statistique suisse. Dans le canton de Berne, 10 % seulement des avortements médicaux autorisés l'étaient pour raisons *somatiques.*



Le problème de l'avortement est indissolublement lié au problème de l'orthogénisme, c'est-à-dire celui des méthodes efficaces et sûres destinées à *éviter,* lorsqu'une grossesse n'est ni souhaitée, ni souhaitable, la rencontre des gamètes, lors de la rencontre sexuelle, dont a disparu trop souvent le sens des responsabilités.

S'il faut aujourd'hui prêcher une croisade nouvelle, même sous la devise « DIEU LE VEULT », comme ce fut le cas lors de celles qui ne servirent qu'à fourbir des armes destinées à tuer d'autres humains, adorant pourtant le même Créateur sous une autre bannière religieuse, il faut souhaiter que ce soit en faveur d'un *effort* plus sincère et plus général, pour répandre dans *toutes* les couches de la population, surtout les plus déshéritées, et cela de manière plus précoce et efficace, tous les moyens nécessaires pour que chaque grossesse soit une grossesse désirée et désirable.

Tant que par la suite d'une ignorance dont n'est pas toujours pleinement responsable toute femme fécondable, les grossesses non *désirées* et surtout les grossesses non *désirables* surviendront avec leurs séquelles psychosomatiques suivies quelquefois d'une véritable *mort* mentale, *mort* sociale ou *mort* sentimentale, l'on se trouvera encore longtemps confronté avec l'avortement, soit dangereusement criminel, soit éventuellement médical, mais dont les indications sont bien difficiles à codifier, et les limites à préciser. Ce sera, *je crois, une des sujets les plus importants à discuter* au cours de ce colloque.



Avant que de terminer, je reviens une troisième et dernière fois au serment d'Hippocrate dont je dois citer le neuvième paragraphe : *« Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception ».* A l'époque où vivait l'auteur de la charte médicale, l'avortement était chose aussi fréquente, mais soulevait déjà la désapprobation des médecins méritant réellement ce titre.

Si le médecin doit en conscience encore passer outre, très *exceptionnellement* à cette règle, il faut que, le mal que constitue et constituera toujours l'avortement, ce véritable viol de la conscience médicale, soit obligatoirement compensé par un bien immensément supérieur.

SAMENVATTING

Ondanks de vooruitgang van de medische technieken tijdens de laatste lustra, bestaan er ontegensprekelijk nog altijd gevallen, gelukkig hoe langer hoe zeldzamer, waarbij de somatische *invloed van de zwangerschap hedentendage het leven van de vrouw nog kan in gevaar brengen. Vaker kunnen echter haar huidige en verdere* gezondheid *en haar levenshoop door de zwangerschap worden bedreigd, met de fysische, psychologische en maatschappelijk gevolgen vandien.*

Spijts de eerbied voor elk mensenleven hen door de eed van Hippocrates opgelegd, kan de plicht van de arts hem dwingen een einde te maken aan het verloop van een zwangerschap wanneer het leven *en soms zelfs de verdere* gezondheid *van de aanstaande moeder erg in nood komen te staan.*

Tussen twee euvels kan de arts verplicht zijn het minste te kiezen, waarbij het leven *van de moeder in elk geval de voorrang heeft boven dat van het embryo.*

Ons overzicht beperken wij tot de leuter somatische aandoeningen, welke onder de volgende groepen worden ingedeeld :

— *De gestoses of specifieke aandoeningen van de zwangerschap.*

— *De aandoeningen welke de verscheidene systemen kunnen aantasten, vooral*
het bloedsomloopsstelsel
het vasculorenaal stelsel
het ademhalingsstelsel
het spijsverteringsstelsel
het hemopoïetische stelsel.

— *De kwaadaardige aandoeningen (gynecologische en borstbanker, kanker van andere organen) ;*

— *de gynecologische aandoeningen.*

De terapeutische vruchtafdrijving verdient slechts wezenlijk die naam wanneer ze ernaar streeft het leven *te redden, dat rechtstreeks door de zwangerschap bedreigd wordt. Het woord « pro-*

fylactisch » lijkt me integendeel beter aangepast wanneer men tot doel heeft de zwaar bedreigde verdere fysische, psychologische of sociale gezondheid van de zwangere vrouw te beschermen. Uit de literatuur blijkt dat de frekwentie van de strikt « somato medische » aanwijzingen slechts een geval op 500 zwangerschappen bereikt « Jeffcoate) dit is ongeveer 300 gevallen per jaar in ons land. Praktisch zou iedere beslissing tot vruchtafdrijving welke gynecoloog ze ook moge uitvoeren, eerst mogen genomen worden na grondig onderzoek en multidisciplinaire bespreking, liefst uitsluitend in een erkend centrum, om misbruiken en gemaksoplossingen te vermijden.

Anderzijds zou de terapeutische of profylachtische abortus alleen mogen worden uitgevoerd tijdens het eerste trimester van de zwangerschap, daar de aan de techniek verbonden gevaren en de mogelijke sequelae bij verdere zwangerschap aan zienlijk in omvang toenemen vanaf de 13de week. Ook vergeten men niet de mogelijke invloed van de sequelae van de abortustechniek zelf, wanneer men op langer termijn een nieuwe zwangerschap kan te gemoet zien, welke in betere somato-psycho-sociale omstandigheden zou kunnen verlopen.

Het probleem van de vruchtafdrijving —dat altijd een majus malum is — is onverbreekbaar verbonden aan dat van de ontwikkeling van de kennis van de bevolking, inzake doelmatige ontvangenisregelingstechnieken, eventueel minusmalum dat tot doel heeft tijdelijk of voorgoed een zwangerschap te vermijden welke geneeskundig niet wenselijk of psycho-sociaal niet gewenst is.

Tenslotte blijkt uit de jongste statistische studien dat het aantal strikt terapeutische, d.w.z. om leuter somatische geneeskundige redenen aangewezen vruchtafdrijving, uiterst gering is en van jaar tot jaar daalt, doch dat, gezien de psychische invloed van de zwangerschap op de somatische gezondheid in het menselijk geslacht niet kan worden ontkend, de gevallen waarbij de abortusaanwijzing gemengd is, dus eerder profylactisch, somato psychisch, telkens meer omvang blijken te verwerven.

ERFELIJKE AANGEBOREN AANDOENINGEN ALS MOGELIJKE INDICATIES VOOR MEDISCHE ABORTUS

Prof. Dr. M. RENAER (Leuven)

Volgens L. MEYLER, 1967, mag men aannemen dat 20 % van de congenitale misvormingen familiaal erfelijk zijn, dat 10 % ontstaan door nieuwe mutaties van genen en chromosomen en 20 % door virusziekten worden veroorzaakt. Voor de resterende 50 % is de oorzaak van de ontwikkelingsstoornis onbekend. Tot deze resterende factoren moeten sommige geneesmiddelen gerekend worden.

Het is overbodig de aandacht erop te vestigen dat mogelijke eugenetische indicaties voor medische abortus alleen reeds van technisch standpunt uit multiepele aspecten hebben die een langere studie noodzakelijk zouden maken. Daarom zal het hiernavolgend overzicht tot de belangrijkste technisch-biologische aspecten beperkt worden met hier en daar een excursie tot aan de rand van het terrein van de moralisten.

EEN PAAR BEPALINGEN

Het ware wellicht eenvoudiger geweest, zoals D. CALLAHAN, 1970, gewoon als titel te nemen « Fetale indicaties of redenen voor een medische abortus ». Deze fetale indicaties zijn evenwel van het velerlei aard. In meer beperkte zin kunnen « eugenetische indicaties » bepaald worden als de maatregelen welke gericht zijn op het verminderen van de morphologische en functionele aangeboren afwijkingen en het verbeteren van de individuele biologische, psychologische en verstandelijke eigenschappen der individuen van de spécies homo sapiens.

Dit kan natuurlijk op verschillende manier gebeuren : bv. door het feit dat personen met erfelijke aandoeningen gewoon niet in het huwelijk treden of, gehuwd zijnde, geen kinderen hebben, ofwel doordat ze beslissen zich een definitieve contraceptie op te leggen, of eventueel een heelkundige sterilisatie laten uit voeren.

Wij danken ten zeerste Prof. H. VAN DEN BERGHE, Centrum voor Menselijke Erfelijkheid, A.Z. St. Rafaël, Leuven, voor het kritisch overzicht van deze tekst.

We stellen ons voor de onderscheidene indicaties in 4 grote groepen in te delen :

I) deze welke verband houden met morfologische en functionele afwijkingen als gevolg van familiale of door mutatie veroorzaakte erfelijke aandoeningen of van chromosomiale aberraties ;

II) congenitale morfologische of functionele afwijkingen tengevolge van een aandoening van de moeder, bv. rubella ;

III) gevolgen van toediening van sommige geneesmiddelen aan de moeder op een bepaald ogenblik van de zwangerschap ;

IV) de invloed van diagnostische of therapeutische irradiaties op de fetus zou eigenlijk bij de derde categorie kunnen gevoegd worden, we zullen die evenwel afzonderlijk behandelen (*).

DE RELATIEVE FREQUENTIE VAN DE FETALE INDICATIES VOOR MEDISCHE ABORTUS

Zoals we zullen zien maakt het geheel van de vier vermelde categoriën reeds een hele lijst uit ; het ware nochtans verkeerd te denken dat het procent van de medische abortussen welke om eugenetische redenen overwogen worden of uitgevoerd worden zeer hoog ligt. Dit procent houdt natuurlijk verband met de graad van liberalisatie van de wetgeving in een bepaald land. Indien de liberalisatie zeer sterk uitgesproken is, zoals bv. in Maryland (U.S.A.) dan vormen de « fetale indicaties » slechts 2 % van het totaal aantal medische abortussen (A. BARNES - 1971). Voor hetgeen Engeland betreft bevestigt P. TARNESBY (1969) dat ongeveer 90 % van alle medische abortussen in Engeland gebeuren wegens « gevaar voor het psychologisch evenwicht van de moeder » en dat dit procent nog aan het toenemen is. In dergelijke omstandigheden verstaat men gemakkelijk dat het procent van de fetale indicaties niet bijster hoog is.

I. FAMILIALE, ERFELIJKE, MORFOLOGISCHE EN FUNCTIONELE AFWIJKINGEN, MUTATIES EN CHROMOSOMEN AFWIJKINGEN

Wanneer er sprake is van een medische abortus om fetale redenen van erfelijke aard dan zal men bij het discussiëren van de indicatie zijn toevlucht moeten nemen tot verscheidene methodes naargelang de aandoening welke gevreesd wordt.

(*) In verband met deze vier ietwat kunstmatig geformuleerde categorieën moet onmiddellijk opgemerkt worden dat er zeer dikwijls een interactie bestaat tussen de erfelijke factoren enerzijds en de peristatische factoren anderzijds ; hoewel het in een bepaald geval meestal niet mogelijk is te zeggen in hoever, hetzij de erfelijke hetzij de peristatische factor, invloed gehad heeft.

Indien in een gezin of in de nabije familie zich een bepaalde aandoening voordoet waarvan het mogelijk is dat ze erfelijke kenmerken heeft of zou kunnen hebben dan kan men niet genoeg de nadruk leggen op de noodzakelijkheid van een juiste diagnose bij de aangetaste persoon of personen « propositus of propositi », een bepaald malformatief complex kan zich inderdaad volgens verschillende modussen voordoen.
Indien het een erfelijke aandoening betreft moet er rekening gehouden worden met de volgende mogelijkheden :

1) Ofwel is de aandoening dominant erfelijk. Men kent de zware prognose van een dominant erfelijke aandoening wanneer de familiale anamnese positief is. Is de familiale anamnese echter negatief en beide ouders zijn vrij van de aandoening dan is de kans op recidief praktisch nul, want men heeft te doen met een nieuwe mutant.

2) Indien de aandoening recessief erfelijk is en indien het vaderschap ondubbelzinnig is, is het risico meestal 25 %.

3) Indien de aandoening X gebonden is dan zullen 50 % van de jongens aangetast zijn indien de moeder heterozygoot is voor het gen in kwestie.

4) Indien het een polygenische aandoening betreft dan geldt alleen het empirisch of statistisch vastgesteld risico. Er bestaan een aantal belangrijke werken welke bij het approximatief bepalen van het risico zeer nuttig zijn. Aldus het « Handbook of Congenital Malformations » van A. RUBIN (1965). Op te merken valt dat het precies de aandoeningen zijn met polygenische oorsprong welke meest frequent voorkomen.

5) De aandoening kan te wijten zijn aan een chromosomale afwijking ; hier varieert het risico van 0,1 tot 100 % afhankelijk van het karyotype.

Wanneer men niet beschikt over de mogelijkheid om fetale cellen te bestuderen of het amnionvocht te ontleden dan zal het risico bij de 5 vermelde mogelijke categorieën uitgedrukt worden in kansen procent. Er is echter een toenemend aantal erfelijke aandoeningen waarbij men van een bepaalde fetus ofwel met zekerheid ofwel met hogere waarschijnlijkheid dan statistische, het aantastingsrisico kan vaststellen door het onderzoek van fetale cellen of van amnionvocht. Aldus kan men door het onderzoek van de cellen van het amnionvocht het geslacht van de fetus bepalen en zijn chromosomale formule. Door de metabolische studie van de amnioncellen — al dan niet in celkultuur — en door de biochemische studie van het vruchtwater zal men in een aantal gevallen kunnen aantonen of er al dan niet een risico voorhanden is. Ongeveer 1 op 4 spontane miskramen vertoont zware chromosomiale afwijkingen, m.a.w. ongeveer 1 op 25 vruchten welke men klinisch kan waarnemen en in de vereiste

voorwaarden bestuderen, vertoont een zware chromosomale afwijking.

Daar de vruchten met deze afwijkingen dikwijls spontaan geëlimineerd worden blijven er bij de leefbaar pasgeborenen veel minder over met chromosomale anomalieën. In feite betekent dit dus een vorm van natuurlijke selectie.

We stellen ons voor nu enige voorbeelden te geven van de voornaamste congenitale anomalieën welke vallen onder de eerste categorie.

PROBLEMEN IN VERBAND MET BLOEDSGROEPENINCOMPATIBILITEIT

Gezinnen welke een bloedgroepenincompatibiliteit vertonen, meestal in het kader van RH-factoren, en die reeds 2 of 3 fetussen verloren hebben in utero omdat de man D-homozygoot is, komen soms raadplegen teneinde een zwangerschap te laten onderbreken omdat ze menen dat er praktisch geen mogelijkheid is om nog een levend kind te hebben. Van zuiver biologisch standpunt uit zou men aan deze mensen een heterologe inseminatie kunnen aanraden met sperma van een Rhesus negatieve man ; dit onderwerp valt echter buiten het kader van onze bespreking.

Geplaatst voor een zeer zwaar geval van Rhesus incompatibiliteit zal men eerst een amnionpunctie moeten uitvoeren teneinde uit te maken of de verwachte fetus inderdaad zeer sterk aangetast is, zodat er geen mogelijkheid bestaat om hem bv. door een reeks intra-uteriene transfusies te redden. Men zal trouwens ook moeten nagaan of een eventuele hoge bilirubinaemie niet te wijten is aan een anencephalie van de fetus noch aan een oesophagusatrofie noch aan een pylorisstenose. Indien er geen enkel middel bestaat om deze mensen aan een levend kind te helpen dan komt het moreel probleem van de medische abortus hierop neer dat men een zwangerschap onderbreekt op het ogenblik waarop de fetus nog in leven is ; het betreft echter een fetus welke nooit lang genoeg in utero in leven kan blijven om leefbaar geboren te kunnen worden.

ANDERE ANOMALIEEN INCOMPATIEBEL MET HET LEVEN

Tot dusver stelt men de diagnose van anencephalie en van hydrocephalie doorgaans in de loop van de tweede helft van de zwangerschap. Men kan er zich echter aan verwachten dat men over enige tijd, dank zij een betere technische kennis van de ultrasono diagnose, zeer vroegtijdig de diagnose van anencephalie zal kunnen stellen en eventueel ook van hydrocephalie ; althans voor zover men mag aannemen dat deze techniek schadeloos is voor de fetus.

Kon men zeer vroegtijdig de diagnose stellen van zware anencephalie — een aandoening waarmede het kind binnen de eerste uren na de geboorte zal sterven — dan is het moreel probleem analoog met dit van de uitgesproken Rh-incompatibiliteit, het komt hierop neer dat men de fetus zou uitdrijven op 3,5 maand i.p.v. hem spontaan te laten geboren worden en te laten sterven binnen de enkele minuten of uren welke volgen op de geboorte. Wanneer het een geval betreft van hydrocephalie dat men zou kunnen voorzien in de loop van de 3-4 eerste maanden van de zwangerschap dan betreft het een fetus welke zich zal ontwikkelen tot een gehandicapt kind indien hij levend kan geboren worden. Men heeft echter geen idee van de graad van handicap welke dit kind zal vertonen en ook geen idee van de operatieve mogelijkheden teneinde de gevolgen van deze handicap te reduceren.

ANOMALIEEN ONTDEKT DOOR DE STUDIE VAN HET AMNIONVOCHT
De amniocentese

Het is de laatste tijd tamelijk courant geworden vruchtwater te puncteren (amniocentese) voor velerlei redenen en ondermeer teneinde sommige erfelijke eigenschappen van de fetus op te sporen. Deze amniocentese levert voor moeder en fetus slechts weinig gevaar op indien men de nodige voorzorgen van aseptie neemt, indien men tevoren in de mate van het mogelijke een placentalokalisatie uitvoert en indien men de fetus eveneens in de mate van het mogelijke vermijd bij de punctie.

Voor genetische en eugenetische doeleinden moet een amniocentese zo vroeg mogelijk uitgevoerd worden teneinde de zwangerschap, in geval van zware anomalie, tijdig te kunnen onderbreken.

In de meeste landen is het namelijk verboden nog een zwangerschap te onderbreken na de 26ᵉ week, d.w.z. op een ogenblik waarop de fetus eventueel buiten de baarmoeder leefbaar zou kunnen zijn. Men kan echter door amniocentese slechts vruchtwater verkrijgen ten vroegste vanaf de 14ᵉ week van de zwangerschap ; soms zal de amniocentese slechts gelukken rond de 16ᵉ week. Het blijkt dat met de meer recente apparaten voor ultrasono diagnose de placenta kan gelokaliseerd worden vanaf de 14ᵉ week. Met het bekomen vruchtwater kunnen in vele gevallen allerlei morfologische of biochemische onderzoekingen uitgevoerd worden, hetzij op de amnioncellen zelf, hetzij op celkulturen van amnioncellen, hetzij op het vruchtwater na afcentrifugeren van de amnioncellen. Indien men met celkulturen moet werken groeien deze in het gunstigste geval na 14 dagen ; in minder gunstige gevallen ontwikkelen de celkulturen

zich slechts na 40 dagen. Dit brengt de zwangerschap intussen tot de 18e of eventueel tot de 20e week.

Men zou een zeer lange lijst kunnen citeren van de erfelijke aandoeningen waarbij men uiteindelijk, hetzij in de celkulturen, hetzij in de amnioncellen, hetzij in het amnionvocht morfologische of functionele anomalieën kan aantreffen. Een uitstekende status questionis wordt gegeven in een uitgebreide studie van A. MILUNSKY et al. in de « New England Journal of Medicine » in december 1970. Een analoge studie kan men vinden in het tijdschrift « Clinical Obstetrics and Gynaecology » van de hand van FUCHS & CEDERQUIST, 1970. Een amniocentese voor eugenetische redenen wordt uitgevoerd indien er zich in een familie of in een gezin een geval heeft voorgedaan met erfelijke kenmerken of indien de moeder wegens haar leeftijd, in geval van nieuwe zwangerschap, duidelijk bedreigd wordt door een chromosomale afwijking bij haar kind. Het merendeel van de auteurs welke zich met deze aangelegenheden bezighouden zijn van oordeel dat het niet logisch is een amniocentese uit te voeren indien de betrokkenen niet de bedoeling hebben de zwangerschap te laten onderbreken wanneer er inderdaad een erfelijk kenmerk gevonden wordt. We kunnen ons echter voorstellen dat het van psychologisch standpunt uit nuttig kan zijn een amniocentese uit te voeren om, bij negatief resultaat, de ouders onmiddellijk gerust te kunnen stellen. Van louter biologisch standpunt bekeken heeft de amniocentese mogelijk als positief gevolg dat aldus fetussen gespaard worden in middens waar men aanneemt dat het beter is de zwangerschap te onderbreken wanneer de kansberekening op een duidelijk risico wijst. Hierbij moet anderzijds opgemerkt worden dat op lange termijn door deze doenwijze het aantal heterozygoten in de populatie zal toenemen.

De X gebonden aandoeningen

Een beperkt aantal erfelijke aandoeningen zijn gebonden aan het geslacht van de fetus, de voornaamste hiervan zijn :

— de hemofilie,

— de musculaire dystrofie van het type Duchenne,
— de ziekte van Hunter, en

— het Lesch-Nyhan syndroom.

Zoals wel bekend is de **hemofilie** een ernstige tot dusver nietgeneeslijke ziekte welke recessief erfelijk is en welke zich hoofdzakelijk voordoet bij mannelijke individuen. Indien door de amniocentese uitgemaakt wordt, bv. door de afwezigheid van

Barr-chromatines, of door celkulturen, dat de fetus van het mannelijk geslacht is dan weet men dat er 1 kans op 2 bestaat dat deze fetus zal aangetast zijn door hemofilie. Het moreel probleem is dan : heeft men het recht een fetus uit te drijven welke 50 % kans vertoont hemofilie te vertonen en tevens heeft men het recht het gevaar te lopen een fetus uit te drijven welke helemaal niet zal aangetast zijn. Het is waarschijnlijk dat men binnenkort met zekerheid zal kunnen zeggen door de biologische studie van de amnioncellen of hun kulturen, dat een bepaalde mannelijke fetus in feite aangetast is (L.R. ZACHARSKI e.a., 1969). Ook de vooruitgang van onze kennis over de linkage zal hier van zeer grote waarde zijn.

Een analoog moreel probleem stelt zich ook voor de zeer ernstige vormen van de musculaire dystrofie.

Voor hetgeen het Hunter syndroom betreft (o.a. gepaard met mentale achterlijkheid) en het zeer ernstig Lesch-Nyhan syndroom (met auto mutilatie, choreo athetose, spasticiteit en mentale achterlijkheid) in deze beide gevallen kan er klaarblijkelijk aangetoond worden of de fetus al dan niet zal aangetast zijn (R. DE MARS e.a., 1969 - J.E. SEEGMILLER e.a., 1967).

Indien men zich met voldoende zekerheid kan uitspreken over het al dan niet aangetast zijn van een bepaalde fetus dan zou het moreel probleem hier dus iets eenvoudiger zijn dan in de hemofilie en bij de musculaire dystrofie van Duchenne.

De chromosomale afwijkingen

Chromosomale afwijkingen hetzij in vorm hetzij in aantal zijn alles samen niet zeldzaam. Men vindt ze ongeveer 1 maal op 100 levend geboren kinderen. Hierbij moet nogmaals opgemerkt worden dat er reeds onder de vorm van spontane abortus of van dood in utero een zeker aantal fetussen met degelijke afwijkingen door spontane natuurlijke selectie geëlimineerd werden. Tot de meest frekwente chromosomale afwijkingen behoren : het mongolisme of het syndroom van Down, het Turner syndroom ; het Klinefelter syndroom, de XXX vrouwen, de XYY mannen, en een reeks chromosomale translocaties.

We zullen niet de hele reeks van chromosomale afwijkingen overlopen doch alleen een paar voorbeelden geven die tevens de variëteit aanduiden der morele problemen welke zich kunnen stellen.

Het syndroom van Down (Mongolisme) is gekenmerkt door het voorhanden zijn van 47 chromosomen tengevolge van het feit dat het chromosoom 21 3 maal aanwezig is (trisomie 21). Eigenlijk kunnen we tenminste twee groepen van syndroom van Down onderscheiden :

— de eerste groep welke hoofdzakelijk wordt aangetroffen bij oudere moeder en

— de tweede groep, het familiaal mongolisme, doorgaans op jongere leeftijd zich manifesterend.

In verband met de leeftijd van de moeder heeft men vastgesteld dat er tussen de leeftijd van 35 tot 39 jaar : 1 geval van mongolisme zich voordoet op 219 bevallingen.

— tussen de leeftijd van 40 tot 44 jaar : 1 geval op 100 bevallingen

— na 45 jaar : 1 geval op 46 bevallingen.

Familiaal mongolisme is een variëteit welke in bepaalde families op jongere leeftijd optreedt tengevolge van het feit dat de moeder 2-maal het 21 chromosoom kan bijbrengen in de chromosomale formule van de vrucht tengevolge van een translocatie van een 21 chromosoom op een ander. Naargelang het soort translocatie zal het risico van mongolisme bij de vrucht bij benadering kunnen voorspeld worden en gedurende een bepaalde zwangerschap zal de chromosomale formule na kultuur van amnioncellen praktisch met zekerheid kunnen vaststellen of de fetus al dan niet een syndroom van Down zal vertonen.

In dit geval zal de morele vraag dus zijn : is men bereid deze fetus die zeker mongooltje zal worden door een medische abortus te doen verdwijnen ?

De autosomale chromosomale afwijkingen geven doorgaans aanleiding to taanzienlijke fysische en mentale handicaps, d.w.z. handicaps welke doorgaans groter zijn dan deze welke te wijten zijn aan anomalieën van de geslachtschromosomen.

Ook een fetus welke tot een Turner syndroom (45, XO) zal uitgroeien kan voorzien worden op grond van een chromosomale kultuur van amnioncellen. Hierbij valt op te merken dat het individuele en het familiaal probleem van een Turner verschilt van dit van een syndroom van Down, omdat in het syndroom van Down er manifeste mentale achterlijkheid bestaat terwijl dit meestal niet het geval is bij het syndroom van Turner dat, zoals bekend, hoofdzakelijk gekenmerkt is door korte gestalte, vrouwelijk phenotype, gonadale dysgenese, gebrek aan ontwikkeling van de secundaire sexuele kenmerken en sommige andere anomalieën.

Een analoge bemerking kan gemaakt worden voor het geval waarin men bij chromosomale kultuur een vrouwelijk individu zou vinden met 47 chromosomen waarvan 3 X chromosomen (47 XXX). Deze vrouwen worden doorgaans nagenoeg normale individuen doch vertonen soms een primaire amenorrhee met

infertiliteit. Men kan zich verder de vraag stellen in hoever het gewettigd is een fetus welke later het syndroom van Klinefelter zal vertonen (47, XXY - mannelijke individuen welke meestal azoospermie vertonen en dus ook infertiliteit) door medische abortus te doen verdwijnen.

We hebben tot dusver enige bijzonderheden verstrekt die verband houden met de meest frekwente chromosomale afwijkingen, omdat we van oordeel zijn dat ze het bespreken van het moreel probleem van de medische abortus vergemakkelijken.

De erfelijke metabolische afwijkingen

De erfelijke **metabolische** afwijkingen zijn minder frekwent, maar vertegenwoordigen nochtans zware drama's in de betrokken families.

In de publicatie van A. Milunsky e.a. 1970, wordt er een indrukwekkende lijst van dergelijke erfelijke metabolische afwijkingen medegedeeld en tevens vermeld in hoever de diagnose in utero kan gesteld worden hetzij door metabolische en enzymatische studies van de amnioscellen, hetzij van hun weefselkulturen, hetzij van het vruchtwater zelf.

Indien de onderzoeking van het vruchtwater positief uitvalt zal de beslissing « medische abortus of geen medische abortus » indien men deze beslissing überhaupt als een morele mogelijkheid aanziet, bemoeilijkt worden door het feit dat men dikwijls de intensiteit van het syndroom slechts onvolledig zal kunnen voorzien ; daarenboven zullen nog andere vragen oprijzen, nl. of het kind in de familie zal kunnen opgenomen worden of zal moeten geplaatst worden. Deze laatste bemerkingen gelden trouwens ook voor de erfelijke aandoeningen waarover reeds vroeger sprake was.

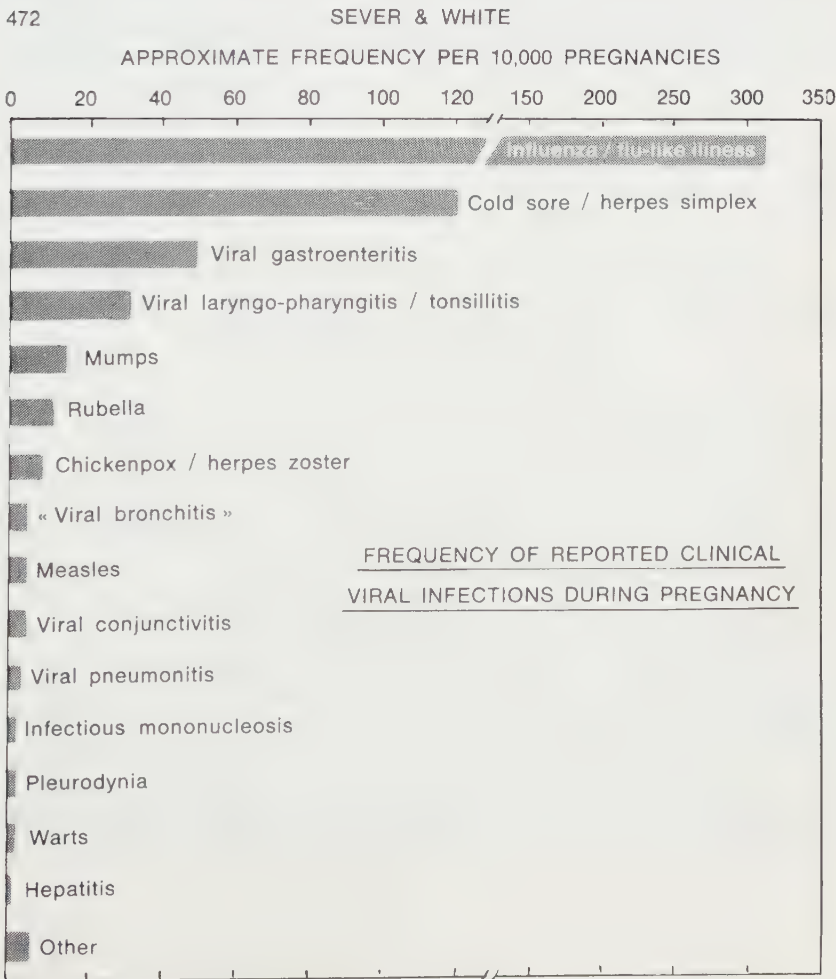
Men mag ook aannemen dat de morele beslissing kan beïnvloed worden door de vraag in hoever het kind ooit medisch of heelkundig zal kunnen geholpen worden en verder ook door de vraag of het kind een minimum van socialisatieproces zal kunnen doormaken m.a.w. of het een minimum van interpersonele relatie zal kunnen ontwikkelen. Wij menen inderdaad dat het moreel probleem niet in de eerste plaats een organisme betreft dat bij de spécies homo sapiens moet gerekend worden maar verder praktisch tot geen enkele interpersonele relatie in staat zal zijn. De grote moeilijkheid is echter dat deze vragen doorgaans in de prenatale periode niet duidelijk kunnen beantwoord worden. Buiten deze algemene beschouwingen om is het onbegonnen werk een overzicht te geven nopens de overigens steeds evoluerende biologische gegevens in verband met de erfelijke metabolische afwijkingen. In de voormelde publicatie van A. Milunsky

e.a. worden de actueel bekende gegevens vermeld over zeven variëteiten van erfelijke metabolische stoornissen van het lipiden metabolisme, de éne al erger dan de andere. Daarna worden zes variëteiten vermeld van erfelijke stoornissen in het metabolisme van de muco-polysacchariden ; verder een 12-tal variëteiten van erfelijke stoornissen van het aminozuren metabolisme ; vervolgens acht variëteiten van erfelijke stoornissen van het koolhydratenmetabolisme en tenslotte nog een twaalftal diverse aandoeningen met veranderlijke repercussie op de toekomstige sociale integratiemogelijkheden van de aangetaste fetus.

II. CONGENITALE ANOMALIEEN TENGEVOLGE VAN VIRALE EN ANDERE INFECTIES BIJ DE MOEDER

FREKWENTIE

De « Collaboraties Perinatal Research study » heeft toegelaten de relatieve frekwentie van virus infecties na te gaan op ongeveer 30.000 zwangeren. Deze relatieve frekwentie wordt weergegeven in de hiernavolgende tabel (Sever & White, 1968) :



Ik meen dat wij moeten volstaan met het bespreken van een beperkt aantal aangeboren aandoeningen tengevolge van een ziekte van de moeder.

RUBELLA

Het is voldoende bekend dat de anomalieën welke door rubella teweeggebracht worden vooral optreden indien de moeder geïnfecteerd wordt tijdens de vier eerste maanden van de zwangerschap ; bij later optredende infectie kunnen er nog verwikkelingen optreden bij de fetus doch meestal zijn het dan functionele eerder dan morfologische afwijkingen.

Men kan in de literatuur zeer uitéénlopende cijfers vinden in verband met de **frekwentie** van de congenitale misvormingen welke door rubella tijdens de zwangerschap teweeggebracht worden. De variabiliteit van de aangegeven frekwentie is afhankelijk van verscheidene factoren. Er blijkt vooreerst een verschil te bestaan naargelang het soort virus : sommige soorten zijn meer gevaarlijk dan andere. Er is ook het bekend fundamenteel verschil naargelang de zwangerschapsweek waarin de infectie optreedt :

Tabel II

Frekwentie van de zware congenitale misvormingen bij kinderen waarvan de moeder rubella vertoond heeft in de loop van de zwangerschap
(naar Robbins & Heggi, 1970)

Investigator	Rubella in month of pregnancy					
	I	II	III	IV	V and	Controls
Lundström (1962)	13/117** (11,1 %)	18/157 (11,5 %)	15/189 (7,9 %)	3/209 (1,4 %)	2/474 (0,4 %)	5/712 (0,7 %)
Manson et al. (1960)	7/45 (15,6 %)	12/61 (19,7 %)	10/77 (13,0 %)	3/72 (4,2 %)	5/288 (1,7 %)	128/5455 (2,3 %)
14 other studies *** (1946-1961)	23/42 (54,8 %)	32/102 (31,4 %)	10/141 (7,1 %)	4/70 (5,7 %)	2/333 (0,6 %)	Not available

Het is evenzeer bekend dat er, statistisch gesproken een verschil is in het aangetaste fetale orgaan naargelang de zwangerschaps-

week waarin de aandoening zich voorgedaan heeft. Verder verschilt het procent van de vermelde anomalieën ook naargelang het ogenblik waarop het kind onderzocht wordt en naargelang de aangewende testen. Er zijn nl. enige maanden nodig vooraleer men zich rekenschap geeft van gehoor- en gezichtsstoornissen, en er is nog meer tijd nodig vooraleer men een microcephalie opmerkt en een eventuele mentale achterlijkheid.

In de loop van de laatste grote prospectieve studies in verband met rubella heeft men tenslotte ingezien dat er een verbreed of verlengd rubellasyndroom bestaat dat de prognose tenslotte nog infauster maakt : men heeft inderdaad opgemerkt dat er in de loop van de eerste weken en maanden van het leven van deze kinderen, benevens de bekende hart-, oog-, hooranomalieën, er nog pylorisstenose kan optreden en verder ook neurologische stoornissen, beenderanomalieën, encephalitis, myocarditis, hepatitis...

Alles samen moeten we aannemen dat er bij rubella aantasting van de moeder in de loop van de eerste 14 weken van de zwangerschap er bij tenminste 15 à 20 % van de pasgeborenen zware congenitale anomalieën te vinden zijn en dat, bij infectie gedurende de 4 eerste weken men moet rekenen met 40 à 60 % zware congenitale anomalieën.

Hiermede zijn echter niet alle problemen vermeld. Indien men eraan denken zou een zwangerschap te onderbreken dan heeft men af te rekenen met de volgende onbekenden.

— Zal het kind in feite al dan niet aangetast zijn ?

— Welke soort aandoening zal het betreffen en zal ze licht of zwaar zijn ?

— In hoever zal het kind heelkundig of orthopedisch of door middel van gehoortoestellen kunnen geholpen worden ?

— Men moet zich verder afvragen in hoever het gezin medisch, financieel en psychologisch hulp zal krijgen van de omgeving of van een organisatie voor gehandicapten.

— Men weet niet of het kind thuis zal kunnen blijven of naar een gesticht voor speciaal onderwijs zal dienen te gaan.

Aan al deze overwegingen wordt nog regelmatig toegevoegd dat, indien het kind inderdaad een ernstige congenitale aandoening heeft, het zin hele leven ongelukkig zal zijn en gevaar loopt zijn omgeving psychologisch ongunstig te beïnvloeden. Op deze laatste vraag wensen we voor het ogenblik niet verder in te gaan omdat het zeer delicaat is te bepalen van welke factoren het geluk van « de andere » afhankelijk is.

Op biologisch gebied werden de laatste tijd enorme veranderingen gemaakt in verband met de diagnose van rubella enerzijds en in verband met de profylaxis.

Het verdient echter aanbeveling zoveel mogelijk bij jonge vrouwen en bij zwangeren in het begin van de zwangerschap na te gaan of ze reeds vroeger rubella doorgemaakt hebben. Er kunnen tenslotte een aantal overwegingen aangevoerd worden welke zouden moeten leiden tot een verplichte vaccinatie van alle meisjes beneden de 13 à 14 jaar. Intussen is de gemeenschap bezig met miljoenen uit te geven aan inspuitingen met gamma-globulinen en immuno-globulinen waarvan het nuttig effect sterk gediscussieerd wordt.

CYTOMEGALIE VIRUS INFECTIE

Het is moeilijk te zeggen met welke frekwentie een aangeboren cytomegalie aanleiding geeft tot de schadelijke gevolgen bij pasgeboren kinderen. Volgens Sever, 1970, zou de frekwentie van deze nadelige gevolgen niet hoger zijn dan 1 %.

Ongeveer 50 % van alle jonge vrouwen vertonen antistoffen tegen de aandoening en bij zowat 3 à 5 % treden er antistoffen op gedurende de zwangerschap. Een zwangere vrouw kan een viraemie met cytomegalie virus doormaken, waardoor haar fetus besmet wordt, doch zonder dat zij enig opvallend ziektesymptoom vertoont. De infectie heeft sommige kenmerken gemeenschappelijk met rubella omdat ze weinig gevaarlijk is bij volwassenen ; doch bij besmetting van de fetus in utero kan ze zware gevolgen hebben zoals cataract, microcephalie en andere misvormingen van het centraal zenuwstelsel. In tegenstelling tot rubella kan de intra-uteriene infectie met cytomegalie virus ook nog tijdens de latere zwangerschapsmaanden zware schade aanrichten bij de fetus, zoals bv. virale hepatitis, bloedarmoede, thrombocytopaenie, erythroblastose en zelfs kern-icterus en, later, mentale achterlijkheid.

De beste beschutting tegen intra-uteriene cytomegalie ligt in het feit dat de moeder deze aandoening reeds vóór de zwangerschap doorgemaakt heeft omdat de intra-uteriene besmetting van de fetus klaarblijkelijk gebeurt gedurende een asymptomatische primaire viraemie van de moeder.

III. TOEDIENING VAN SOMMIGE GENEESMIDDELEN OF TOXISCHE STOFFEN IN DE LOOP VAN DE ZWANGERSCHAP

Geneesmiddelen kunnen op verschillende manieren invloed uitoefenen op de fetus. Ze kunnen aanleiding geven tot congenitale

anomalieën indien ze op een bepaald ogenblik toegediend worden in een voldoende dosis en bij een fetus met een voldoende gevoeligheid voor dit bepaald geneesmiddel. Men heeft inderdaad, in verband met de terugslag van farmaca op de fetus, ingezien dat sommige diersoorten en ook sommige menselijke individuen meer gevoelig zijn aan bepaalde farmaca dan andere, m.a.w. men heeft hier een treffend voorbeeld van de interactie tussen genetische factoren en de peristatische.

Men hoopt uit het groot aantal zwangeren dat bestudeerd wordt in de « collaborative perinatal research study » op prospectieve manier enige gegevens te kunnen halen in verband met de invloed van farmaca. Intussen doet men best te rade te gaan bij de reeds bestaande studies en ondermeer bij de studie nopens « Ongewenste effecten van farmaca in de zwangerschap en gedurende de baring » door P. VAN DAMME e.a., 1970. In 1968 was de invloed van farmaca op de fetus één van de hoofdthemata van het congres van de « Fédération des Sociétés de Gynécologie et d'Obstétrique de Langue Française ».

Wanneer een teratogeen geneesmiddel in een bepaalde dosis en op een bepaalde periode van de zwangerschap aan de moeder toegediend geweest is zal men, naargelang het geneesmiddel min of meer approximatief het risico kunnen berekenen of de fetus zal aangetast zijn. Op deze wijze weet men echter nog niet in welke mate de fetus zal aangetast zijn en aldus duiken opnieuw de problemen op welke we aangehaald hebben in verband met de moederlijke infectie door rubella.

Wanneer men bedenkt dat tenslotte slechts 20 % van de zwangeren welke thalidomide gebruikten gedurende de gevaarlijke periode in feite een zwaar misvormd kind kregen, heeft men tevens een idee van de perplexiteit waarvoor de dokter kan staan wanneer hij verzocht wordt een medische abortus uit te voeren.

IV. GEVAREN VAN BESTRALINGEN EN RADIOCONTAMINATIE IN DE LOOP VAN DE ZWANGERSCHAP

Benevens de gevaren door toediening van geneesmiddelen moet ook meer dan ooit de aandacht gevestigd worden op het gevaar van bestralingen en van de contaminatie door radio-actieve stoffen. Dat zij multiepele gevaren inhouden lijdt geen twijfel ; hiervoor kunnen een hele reeks studies aangevoerd worden. Doch, uit een overzicht van de literatuur is het meestal niet mogelijk in een bepaald geval procentueel het risico vast te stellen van een congenitale anomalie, noch de aard noch de intensiteit van dit risico concreet te bepalen.

Om een lange geschiedenis kort te maken kunnen we bijvoorbeeld volgende gegevens weerhouden uit een uitgebreide studie van J. STERNBERG over « Irradiation and radiocontamination during pregnancy », 1970.

Tabel IV

Classification of teratologies provoked by irradiation
or radiocontamination

Tenslotte is het belangrijk een paar fundamentele regels te citeren uit een mededeling van P. MAGNIN uit een « Symposium on irradiation and radiocontamination during pregnancy » (Sydney 1967, zie J. STERNBERG).

« **1.** Indien een irradiatie of een radio-isotopisch onderzoek moet
» uitgevoerd worden bij een vrouw in de reproductieve leeftijd
» zal zulks best niet gebeuren gedurende de tweede helft van
» de cyclus.
» **2.** Indien er een radio-isotopen onderzoek **moet** uitgevoerd
» worden gedurende een zwangerschap zal men steeds de tech-
» niek bezigen welke een minimum aan radiatie meebrengt ;
» aldus voor exploratie van de functie van de thyreoïdea zal men
» liever iodium 132 gebruiken dan iodium 131, dit in verband
» met de kortere halve leeftijd van iodium 132.
» **3.** Indien er therapeutische bestralingen moeten ondernomen
» worden bij vrouwen in de reproductieve leeftijd zal men liefst
» beginnen met het voorschrijven van een vertrouwbaar con-
» traceptivum.
» **4.** Indien er bij een zwangere radiodiagnostische of radiothera-
» peutische behandelingen uitgevoerd werden in omstandigheden
» waarin waarschijnlijk fetale misvormingen te voorzien zijn,
» dan stelt zich de vraag van de medische abortus. Omwille van
» de redenen welke hoger aangehaald werden zal er echter van
» geval tot geval sterk dienen geïndividualiseerd te worden. »

V. ENKELE ADDENDA
NATUURLIJKE SELECTIE EN MEDISCHE ABORTUS

Tenslotte zonder ons rechtstreeks te willen bewegen op het terrein van de moralisten, zouden we graag nog een paar bemerkingen aan de moralisten voorleggen, welke verband houden met de behandeling enerzijds en anderzijds met de profylaxis van congenitale anomalieën.

Wanneer een verloskundige een duidelijk geval van hydrocephalie te behandelen heeft dan stelt dit natuurlijk technische problemen enerzijds maar een moreel probleem anderzijds. We

bedoelen voor het ogenblik zware gevallen van hydrocephalie te bespreken omdat de lichtere gevallen van technisch standpunt geringer problemen stellen en ook in een zekere mate vatbaar zijn voor heelkundige behandeling.

Indien men een uitgesproken hydrocephalie te behandelen heeft met de fetus in hoofdligging, dan wordt er sinds jaar en dag aangenomen dat men een punctie doet van de hersenkamers door middel van een tamelijk dikke naald en dat men de nodige hoeveelheid cerebrospinaal vocht laat afvloeien zodat het volume van het hydrocephaal hoofd vermindert totdat het langs de natuurlijke wegen kan geboren worden. Elke verloskundige die dit enige malen uitgevoerd heeft weet dat dergelijke blinde puncties duidelijk traumatiserend zijn voor het hersenweefsel van het hydrocephaal kind. Trouwens het kind wordt tamelijk dikwijls dood geboren, ofwel sterft het enige uren na de geboorte klaarblijkelijk in verband met het blinde trauma.

Wanneer het hydrocephaal kind in sluitligging ligt dan werd er vroeger aangenomen dat men deze sluitligging langs de natuurlijke wegen liet geboren worden, dat men het kind doopte op de romp, dat er gewacht werd tot het kind door verstikking stierf en dat daarna een cephalotripsie uitgevoerd werd om het achterkomend hoofd te laten geboren worden. Men nam aan dat deze cephalotripsie uitgevoerd werd enerzijds omdat bij veronderstelling de vooruitzichten van het kind zeer ongunstig waren en anderzijds omdat men geen keizersnede wilde uitvoeren ; het niet-uitvoeren van de keizersnede berustte op het principe dat men om een sterk gehandicapeerd kind te redden wel normale middelen moet gebruiken doch dat men niet verplicht is buitengewone middelen te gebruiken.

Dat moralisten deze redenering behouden is best verstaanbaar doch een verloskundige aanziet een keizersnede voor het ogenblik niet meer als een buitengewoon middel Integendeel hij zou het eerder als een elegant middel aanzien om dit hydrocephaal kind in sluitligging gemakkelijk te laten geboren worden. Het verschil tussen beide behandelingsmethoden is dat men in het eerste geval het kind langs de natuurlijke wegen laat geboren worden wel wetende dat dit zal uitlopen op de dood van het kind ; indien men echter een keizersnede uitvoert dan betekent dit inderdaad een insnede in de baarmoeder met een blijvend litteken, anderzijds betekent het dat het kind levend zal geboren worden doch met één sombere prognose omdat we uitgegaan zijn van de veronderstelling dat het een zware hydrocephalie betrof. Alles samen hebben we hier de indruk dat dit gehandicapt kind opgeofferd wordt om aan de moeder een matige graad van ongemak (de keizersnede) te besparen.

Men kan in de verloskundige praktijk nog andere dergelijke voorbeelden citeren. Wijzelf hebben een geval van inoperabele

kanker van de baarmoederhals op 5,5 maand zwangerschap behandeld door eerst een hysterotomie uit te voeren teneinde de fetus weg te nemen en met de bedoeling na te gaan in welke de graad van uitbreiding van de cervix kanker was, de uiteindelijke bedoeling was natuurlijk onmiddellijk te kunnen beginnen met een bestralingsbehandeling, behandeling waarmede we niet konden aanvangen zolang de fetus in utero verbleef zoniet was het praktisch zeker dat dit kind zwaar zou beschadigd worden door de bestraling welke de moeder moest ondergaan en dat dit kind ondermeer een microcephalie zou vertonen. Van moreel standpunt bekeken betekent deze behandling dat de fetus weggenomen wordt op een ogenblik waarop hij nog niet leefbaar is teneinde de levenskansen van de moeder — welke niet bijster hoog waren — enigszins te kunnen verhogen.

Het weze nogmaals herhaald, wijzelf zien niet in met welk recht we een mogelijk gehandicapte fetus zouden mogen doden ; daarenboven zien we ook zeer goed in dat het moeilijk of zelfs onmogelijk is een grens te trekken tussen de gevallen waarin men zou mogen ingrijpen en deze waarin men niet zou mogen ingrijpen, zodat het ook om empirische redenen verkieslijk is geen gehandicapte fetussen door een medische abortus te doen verdwijnen doch, dit gezegd zijnde, zouden we de twee voormelde voorbeelden welke ons in de loop van de laatste jaren ietwat perplex lieten, aan de moralisten willen voorleggen.

Tenslotte een laatste bemerking : sommige niet-gelovige humanisten kunnen laten gelden dat het merendeel van de katholieke moralisten nogal dikwijls een stadium ten achter blijven in de evolutie van de ideeën op moreel vlak en dat ze in sommige gevallen waarover we tot dusver gesproken hebben, nu eerst de noodzakelijkheid van de contraceptie ontdekt hebben.

Intussen menen we dat al diegenen welke de medische abortus in principe verwerpen en hem alleen in zeer uitzonderlijke omstandigheden zullen uitvoeren de verplichting hebben samen met de ouders zeer ernstig de risico's van een nieuwe zwangerschap te bespreken ; het is praktisch onontbeerlijk dat men hiertoe zijn toevlucht zou nemen tot een grondige genetische counseling door een bevoegd persoon. In het geval waarin de ouders niet meer bereid zijn het bestaande risico te lopen zal men samen met deze ouders zeer ernstig de diverse contraceptieve methodes moeten bespreken.

RESUME

Il existe un nombre important de cas de grossesse dans lesquels des mécanismes génétiques ou d'environnement déterminent un sérieux risque de voir naître un enfant malformé ou encore physiquement ou mentalement handicapé.

D'après des statistiques récentes, ces cas constitueraient 2 %o de ceux qui se présentent en vue d'un avortement « thérapeutique ». Etant donné les problèmes sociaux, psychologiques et économiques qu'ils continuent à poser après la naissance, ces cas sont toujours compliqués, graves et traumatisants pour la famille et l'entourage.

Dans la majorité des cas, la détermination du risque se fait encore de manière empirique ou selon un calcul de probabilités chromosomiques, mais il devient de plus en plus possible de poser le diagnostic exact d'une anomalie à un stade relativement précoce de la grossesse. Ceci rend plus aiguë l'indication de l'avortement thérapeutique, puisqu'ainsi on peut passer d'un calcul de probabilités à un pronostic exact. Le problème de l'avortement thérapeutique pour raisons eugéniques ne diffère pas de celui des autres indications, sauf en ce qui concerne l'aspect suivant : « la vie comme valeur sociale de l'individu à naître qui est atteint d'un handicap mental ou d'un lourd handicap physique ». Cet aspect est fortement à l'avant-plan en cas de diagnostic prénatal exact, bien qu'en fait, il ne suive qu'un gradient d'intensité, car un « enfant normal non désiré » peut également être handicapé dans sa vie sociale et devenir un débile social.

Enfin, beaucoup dépend aussi de ce que la société (qui, « dans la pratique », est celle de la population productive) veut ou peut dépenser pour les handicapés mentaux et physiques, et on peut se demander ce qu'il adviendra lorsque surgira une limite à ces efforts, ce qui n'est pas un problème irréel.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(Vereniging zonder winstgevend doel)

Algemeen Voorzitter : Dr. L. Libbrecht
Algemeen Secretaris : Dr. M. Kivits — Penningmeester : Dr. M. Kivits
Algemeen Secretariaat : IJzerlaan 19 - 1040 Brussel
Tel. 35.36.02

Het Verbond Sint-Lucas

Voorzitter : Dr. Kluyskens — Sekretaris : Dr. G. Vandenberghe

---

De Gilden

Geneesherenvereniging Sint-Lucas Aalst, Overhammedreef 16 - 9300 Aalst.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein 13 - 2000 Antwerpen
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brugge, Koning Albertlaan 2 - 8201 St Michiels.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, Jubileumlaan 145 - 1020 Brussel.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Wurmstraat 18 - 9940 Sleidinge.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Langveldstraat 13 - 3500 Hasselt.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Mechelen, Nekkerspoel 121 - 5922 Mechelen.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat 52 - 2700 St-Niklaas-W.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, de Mérodelei 176 - 2300 Turnhout.

Medische Sint-Lucasjeugd

Medische Sint-Lucasjeugd Gent, K.V.C. Kortrijkse Poortstraat 160 - 9000 Gent.
Sint-Lucasgilde der Studenten, Leuven, Pater Damiaanplein 13 - Leuven.

Medische hulp aan centraal-Afrika

Algemeen Secretariaat : Louis Schmidtlaan 111 - 1040 Brussel.

Medicus Mundi

Algemeen Secretariaat : Guimardstraat 5 - 1040 Brussel.
Tel. 11.10.06

SITUATIONS PSYCHOLOGIQUES ET AVORTEMENT

Prof. GUILMOT (Louvain)

Comme tous les auteurs qui ont traité du sujet délicat de l'avortement au cours des dernières années, nous parlerons d'abord de l'aspect émotionnel des répercussions que peut susciter ce problème chez l'auteur même de ces lignes.

Enseignant dans une vénérable institution catholique, qui m'a elle-même formé, où je pratique la psychiatrie, me voilà pratiquement et inévitablement confronté avec la tâche difficile de donner un avis personnel sur une situation humaine quotidienne où la routine rencontre le drame d'une façon si coutumière qu'on a l'impression, à force d'avoir eu tant de fois à traiter et maltraiter sa conscience, de s'être fait une idée plus ou moins valable de ce problème si délicat, si simple rarement, si compliqué le plus souvent au point que, finalement, jamais on ne puisse se dire, à l'instar de certains, qu'on ait la conscience tranquille.

Et pourtant, nous psychiatres, en donnons, du moins certains, une image sensible au public ; havre des désespérés, des déprimés, mais surtout de tous les désarrois, nous assumons, sans vouloir d'aucune manière vanter notre action, une tâche harassante. Le métier est, pourrait-on dire humblement, fatiguant car, toujours, il faut les fameuses solutions définitives et nous nous sommes faits après nos ancêtres cérébro-anatomistes, les champions d'un art de guérir à la fois humainement complet et compréhensif. Il est ridicule et naïf de penser qu'on ait pu, un jour, mesurer l'inanité de cet effort surhumain, aussi, c'est dans une ignorance faite de savoir, et donc, combien dangereuse que nous évoluons chaque jour, à quelque école qu'on appartienne, même si certaines sont fort plaisantes à nos esprits encyclopédistes avec leur fausse sécurité. On ne peut donc échapper à l'affreuse inquiétude du non-savoir, à la torture de celui qui mène une aventure dont il sait, à côté de son espoir, qu'il n'aboutira jamais ; c'est vrai pour toutes les sciences, mais cela se matérialise beaucoup plus dans notre discipline.

Il est certain qu'il existe dans mon état d'esprit un brin, si pas une montagne de passion devant un problème, où j'ai peut-être mes petites solutions, bien sûr, mais où je n'oserais jamais dire que j'en souffre anxieusement, ni ce que je tente de faire malgré la conscience bornée que je viens de décrire. C'est un

aveu pénible et restrictif, mais il forme pour moi ma jurisprudence personnelle.

Passion, le mot est lâché, prenons-le pour guide dans notre cheminement malaisé ! Que de discours, que de bêtises n'ont-ils pas été dits sur le brûlant problème de l'avortement ; qui dit discours, bêtises ou passion, sait que ces fumées cachent toujours un feu ardent, ou un incendie grave ; à nous de tenter de découvrir le foyer de misères humaines qui enflamme ainsi les consciences les plus droites et les plus licencieuses.

A lire et à entendre certains partisans de la libéralisation totale et légale de l'avortement, on peut se poser une question simple : « Est-ce vraiment le fait de ceux qui sont « mal nés » ou de ceux qui n'ont pas été avertis, qui se vengent contre une existence qui ne leur plaît guère ? » On serait tenté de le croire à lire sans réflexion le manifeste des 343 paru dans l'Observateur du 5 avril 1971. On voit combien d'emblée la psychopathologie comme l'éducation pénètrent de plain pied dans ce douloureux problème.

On ne peut que naïvement s'étonner de ce que des « dames » du vingtième siècle, gâtées par la nature et le succès, puissent déclarer pompeusement leur droit sacré à la liberté de leur « ventre » et le droit à la destruction de la « tumeur » qui y croît.

Ces propos, qui sentent un peu le « corps de garde », sont inspirés, nous osons l'imaginer, par des circonstances d'aventures qu'elles ont pu rencontrer lorsque avec l'aide d'un aimable partenaire, elles se sont gratifiées et ont pu donner partage de quelques heures de plaisir, semble-t-il, si vite oubliées, car, si on comprend bien, le plaisir étant librement consenti, le fruit éventuel et malencontreux de celui-ci est renié en raison de cette liberté même à pouvoir disposer de soi-même. Ce reniement simpliste dans son expression nous fait peur. Ce langage nous paraît manifestement névrotique dans son ambivalence où la frustration d'être libre de la dite tumeur éclate au grand jour de ces consciences peu sûres, comme les nôtres, mais, certes, fort accommodantes par une sorte de confort que donne, pour prendre un vocabulaire psychanalytique, l'attribut phallique et non « le sein » même du plaisir de celui-ci.

Pauvre phallus égaré dans un démonisme féminin peu rentable...! Liberté chérie, fécondation heureuse, torture du conditionnement de la femelle qui ne contrôle pas sa physiologie, avortement pénible, criminel et clandestin, interruption de grossesse dans une clinique riche et libérale : que de problèmes ces femmes et toutes les femmes n'ont-elles pas encouru dans ce tragique : « Que vais-je devenir ! » ?

Pour reprendre le manifeste : « Moi, actrice, écrivain, épouse célèbre, déesse d'un nouveau monde, que va-t-il se passer ? Puisque le produit non désiré de mes plaisirs n'est que cette larve que je devrai élever comme la moindre de mes comparses ou comme ma mère qui en a fait l'effort surhumain, vulgaire et dispendieux... Enfin, me voilà ! Moi, avec un « moi » comme une cathédrale, mais j'ai été aussi une petite larve et qu'est-ce qui m'attendait ; si ce n'est la mort ; si restée cachée sur le bord du lit ou du grabat d'accouchement, ma mère ou ses substrats n'étaient venu m'aider... Mort et vie, tel est le premier dilemme si bien posé par Freud, où je suis dépendante de ma mère, même si celle-ci me juge ingrate vis-à-vis des plaisirs qu'elle a eus ou croit avoir. J'ai donc droit à la vie, si ma mère est une mère, mais j'ai aussi droit à la mort et au retour fusionnel, car : autre question : est-ce que j'existe moi au stade d'œuf non viable hors de la matrice bénéfique de cette mère, peut-être socialement célibataire, qui ne sait pas encore que je suis là et ne le saura peut-être jamais si l'usage des prostaglandines se clarifie et se répand ? »

Ces « dames » ont proposé un problème. Il est très mal énoncé, car, ou bien, elles ne sont que des femelles à plaisir et alors à l'exemple de Phryné, qu'elles demandent, comme elles le font d'ailleurs, l'avortement pur et simple à l'Aréopage, ou bien, elles sont mères, mais alors, elles avaient le droit de se taire, car elles parlent pour deux sans laisser le droit de réponse à celui ou celle qui se cachait dans leur « ventre » comme elles disent ; une mère, digne de ce nom, se tait, mais quand est-elle mère ? Voilà l'orée d'un problème difficile.

C'est celui de la constitution de l'être humain à partir de sa relation essentielle et existentielle avec autrui, fondement de toute psychopathologie ou de toute psychologie. Pour que cet être existe, il faut tout de même que quelqu'un d'abord connaisse son existence, et c'est un fait unique à la nature humaine, il faut que cet être se manifeste à la conscience des hommes et en tous cas, à celle de sa future mère. Un caillou peut exister ignoré, ce n'est vrai ni pour un homme, ni pour une femme, et à ce stade c'est vrai pour tous les animaux dits supérieurs chez qui un lien parental notoire existe.

Pierre DE LOCHT (3) évoque le problème mais n'y répond guère quand il se pose la question : « Quand y a-t-il personne humaine ? » Il écrit :

« Le dilemme posé par les conflits d'existence est rendu particulièrement épineux du fait que les deux vies, celle de la mère et celle de l'être nouvellement conçu, ne se situent pas à part égale dans la conscience des parents et de la société. D'où un risque incontestable de minimiser le respect dû à cet être

encore embryonnaire et même souvent non reconnu comme tel, et dont l'existence n'est soupçonnée que par le retard des règles et par des tests médicaux. Le débat est d'autant plus complexe que le choix doit se faire entre un adulte riche de liens affectifs, chargé de lourdes responsabilités, et un être dont on ignore tout et qui n'est guère encore inséré dans ces multiples relations qui font la personne humaine.

« En outre, rien ne détermine avec certitude qu'il y ait personne humaine dès le premier instant de la conception. On sait les hypothèses qui ont été émises, durant de nombreux siècles, sur la succession d'une vie végétale, animale et — après 40 et 80 jours — humaine. Ne sont pas non plus sans signification les attitudes spontanées de la masse des gens, de même que la plupart des législations, qui perçoivent très différemment l'élimination du foetus durant les premières semaines ou après 3 ou 4 mois. Est-ce seulement l'indice d'un manque d'attention à cette vie nouvelle qui existe déjà, sans être suffisamment reconnue ; ou bien, peut-on penser que la prise de conscience progressive par la mère, par les parents, par l'entourage, est un élément essentiel qui constitue un être comme personne humaine ?

« L'Eglise elle-même n'a pas tranché la question. L'attitude qu'elle adopte est avant tout prudentielle : il est possible, dit-elle, qu'il y ait une personne humaine dès le premier instant de la conception ; vu cette existence possible, toute intervention est à exclure.

« Cette incertitude rend plus délicats encore les problèmes posés par les conflits d'existence, car entrent en balance une vie humaine dont on peut percevoir la densité, mais aussi les responsabilités, l'ampleur, et une personne humaine hypothétique. Cette inégalité des situations est en même temps un fait qu'on ne peut ignorer, mais aussi un risque de minimisation d'une vie qu'on perçoit beaucoup moins tangiblement et affectivement. Probablement, n'aura-t-on jamais de réponse certaine et faudra-t-il toujours adopter des conduites morales en tenant compte de cette inconnue.

« Voici cependant deux réflexions ou pistes de recherches qui peuvent apporter quelque lumière.

« Ne garde-t-on pas une notion trop tranchée du début de la vie ? Il en est de la vie de chaque être, comme du commencement du genre humain : s'agit-il d'un instant précis où l'histoire est passée brusquement du non-être à l'être ? Peut-on découper la réalité humaine de manière aussi nette et déterminer un moment où l'on est personne humaine, alors que dans l'instant précédent, on ne l'était nullement ?

« Le foetus n'est que très incomplètement personne humaine dans la mesure où celle-ci ne se constitue que progressivement, à

travers un réseau de relations qui se précisent et se personnalisent. L'embryon est possibilité et promesse, mais il n'est guère un nœud réel de liens multiples, il n'est pas encore devenu nécessaire pour beaucoup.

« Nous sommes ainsi amenés à nous interroger sur la croissance de la vie, non d'abord, suivant l'évolution biologique, mais d'après la mise en œuvre progressive de relations à autrui. Ce qui ne veut nullement dire qu'un être est négligeable parce qu'il est surtout espérance et promesse. En cela, le foetus est-il si différent de nous, pour qui la distance entre ce que nous sommes et ce que nous pouvons devenir est non mesurable, indéfinie... voire même infinie. Avoir le sens de la vie, c'est croire dans le devenir, c'est respecter non seulement la fleur, mais les semences qui la préparent et l'annoncent. Et pourtant, la manière de respecter les uns et les autres n'est pas identique.

« On sait combien nombreuses sont les éliminations spontanées du foetus (ou « fausses couches ») durant les premiers jours ou premières semaines. S'agit-il, dans tous ces cas, de personnes humaines, d'êtres engagés dans une destinée éternelle ? On a bien de la peine à accueillir une telle hypothèse. Cette élimination naturelle, comme le fait remarquer Marie Denis, « semble à retenir comme signe d'une constance de la nature à rejeter un fruit qui ne rencontre pas son milieu de croissance favorable. »

« Cela amène à se demander si l'acte générateur initial suffit à constituer un vivant comme personne humaine.

« Lors d'un colloque tenu à Louvain, au Centre Cardinal Suenens en 1968, j'ai émis l'hypothèse suivante : « Comment est-on constitué personne humaine ? Il paraît étonnant qu'un être spirituel soit suscité par un acte uniquement biologique.

« Le fait que les parents perçoivent le foetus n'a-t-il rien à voir dans sa constitution comme être humain, comme être spirituel ? Ne faut-il pas que s'établisse une relation de générateurs à enfant pour qu'il devienne personne humaine ? En d'autres mots, un foetus non perçu, non accueilli dans une relation humaine, peut-il devenir personne ?

« Cette question prend une particulière importance vu les innombrables œufs fécondés qui n'ont jamais été perçus et qui sont éliminés au début de la grossesse. Sont-ils des êtres humains ayant une existence éternelle, alors qu'aucune relation de personne à personne ne s'est établie avec eux ? »

« Dans les Etudes de novembre 1970, on peut lire, sous la plume du Père Beirnaert, des réflexions qui paraissent poser une question assez semblable :

« Lorsque la grossesse est reconnue, et que l'éventualité est devenue fait, quelque chose surgit au niveau spécifiquement humain où règnent les paroles et les désirs, à savoir l'appel à une prise de position, à une décision qui concerne le devenir du fruit de la conception, la possibilité d'enfant...

« La nomination du fruit de la conception en fait déjà un sujet qui a place dans le monde des hommes. On constate que, dans le cas de décision négative ou suspendue, le fruit de la conception reste anonyme...

« Le devenir humain du fruit de la conception n'est donc pas un processus mécanique. Pour qu'advienne le semblable, les parents et la communauté humaine sont partie prenante : ils ont à accepter que le fruit de la conception devienne un enfant pareil à tout homme...

« Ce n'est pas un enfant, tant que la décision des parents n'a pas anticipé sur la forme humaine à venir, et ne l'a pas nommé comme sujet. »

Cette longue citation nous paraît capitale et nous nous en excusons près de son auteur que nous remercions d'avoir posé ce jalon.

Médecins-psychiatres, nous y reviendrons, nous n'avons aucune tentation à devenir moralistes, mais quand une femme vient se plaindre du fait qu'elle est enceinte et nous demande comment résoudre le problème de sa plainte, nous nous posons une seule question : « Comment vais-je trouver le traitement à cette plainte ? » A titre d'exemple, si l'intéressée est profondément déprimée, la solution est simple, nous savons que la dépression peut guérir, qu'elle est facteur d'inacceptation, de négation, de découragement et de nihilisme. Nous avons un diagnostic, nous sommes heureux et exhortons l'intéressée à la patience en lui disant qu'on va la sortir de là, elle et son enfant. Malheureusement, le problème est toujours plus vaste.

Les psychiatres hollandais (1), dans leur rapport sur « l'abortus provocatus », nous donnent en résumé leur avis :

« Comme nous, le gros problème, disent-ils, est le fait de reconnaître qu'il existe un facteur émotionnel grave entre la femme qui se croit enceinte et le médecin qui doit, éventuellement, procéder ou faire procéder à l'avortement, à la demande de celle-ci. Le problème n'est évidemment pas médical, sauf à de rares exceptions, mais social et le médecin et le psychiatre y interviennent très facilement en cas de dégâts corporels ou psychiques graves. Le médecin, quand il traite de l'avortement, n'y voit qu'une forme de traitement ; les indications médicales vraies sont donc rarissimes. C'est, disent nos collègues, le

phénomène de l'Iceberg, la grande partie de celui-ci est sous l'eau, c'est l'aspect médico-social que beaucoup de moralistes se refusent à considérer, du moins anciennement. Par ailleurs, dans le monde, il y a autant de partisans de la théorie du meurtre, que de la théorie de l'acceptation. Le médecin est le tout premier dans l'échelle sociale humaine à devoir respecter la vie, on comprend que l'avortement est pour lui une faute à son éthique traditionnelle, mais de nouveau, qu'est-ce qu'une vie humaine ? On peut comparer cette question à une autre : « qu'est-ce que la souffrance ? » Qui peut valablement ressentir la souffrance d'un autre ? Une femme peut demander l'interruption de la grossesse parce qu'elle est en danger de mort ou de folie, mais la femme enceinte qui arrive chez le psychiatre, la plupart du temps, est bien portante ; le problème de l'interruption, comme disent les Hollandais, est uniquement un problème émotionnel pour le médecin lui-même, qui devra juger de l'avenir de cette femme, avec possibilité de névrose, de dépression, de suicide et les conséquences éducationnelles de l'enfant non désiré. C'est donc au psychiatre à inventer une maladie. On comprend combien le problème est délicat.

« Vis-à-vis de l'embryon, quatre attitudes sont possibles, la première nous dit que dès la conception il y a être humain. L'avortement est donc un crime, la femme n'a rien à voir dans cette affaire.

« Dans la seconde, l'embryon est seulement potentiel, le problème de la femme pourra être envisagé, en cas de conflit entre elle et l'embryon.

« En troisième lieu, l'embryon n'est pas un être humain, avant une certaine animation (Aristote), il n'y a pas de problème.

« Enfin, l'embryon est une partie du « corps à toi », la femme peut donc en disposer.

« La question de potentialité de vie, de viabilité, repose finalement sur des facteurs psychiques de connaissance, d'acceptation et de compréhension. On comprend à nouveau qu'il s'agit là d'un problème humain pour le médecin lui-même et non un problème scientifique.

« L'attitude du médecin sera donc en fonction de la façon dont il entrevoit son rôle de médecin, soit comme guérisseur de maladie, soit comme soulageant la souffrance, soit comme voulant assurer de bonnes conditions psycho-hygiéniques et éviter des calamités, mais celles-ci sont difficiles à définir et, si on suit la définition de la santé, donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé en tant que bien-être physique, psychique et social, on est obligé d'être beaucoup plus large...

« Les Hollandais définissent leur attitude pratique par ce qu'ils

appellent : « Abortus ? Neen, tenzij ???? Ja, tenzij ???? » La majorité des membres de la société néerlandaise de Neurologie et de Psychiatrie s'est prononcée le 7 février 1970 pour la notion du « Ja... tenzij... standpunt ». Ils souhaitent une libéralisation de la législation dans des cas bien précis et une propagande intensive sur le plan de la contraception. »

VAN HABOST (2) dans un travail du Xe colloque international de sexologie tenu à Louvain au Centre Cardinal Suenens en 1968 en traitant de l'application de l'article 120 du Code pénal suisse écrit :

« L'interruption de grossesse semble absolument préférable à l'avortement dit criminel, sur le plan médical, sur le plan psychosocial et également d'un point de vue éthique, puisque cet acte médical, tout en demeurant discret, n'est cependant plus entaché de secret et même de clandestinité, avec toute la charge de culpabilité consciente et inconsciente que cela comporte pour ne parler que d'un danger entre autres.

« Par ailleurs, l'apparition dans une société de mesures d'interruption dite légale de la grossesse signifie un état d'évolution dans lequel d'autres mesures connexes sont convenables dans les domaines de l'éducation sexuelle des jeunes, de la diffusion de connaissances sur la prévention des naissances, et de l'hygiène mentale en général.

« Pourtant, la possibilité d'interruption de grossesse ne semble pas contribuer en elle-même à la solution du problème des naissances non désirées. Une interruption demeure un acte exposant à des dangers d'ordre médical et psychiatrique sérieux, équilibrant à peu près les inconvénients à craindre quand cette mesure est interdite ; en conséquence, une interruption ne peut jamais constituer un « bon » acte thérapeutique, mais une solution « moins mauvaise », et seulement quand son indication a été légitimement posée. Cet acte thérapeutique insuffisant et décevant provoque toujours un malaise, une problématique compliquée et une remise en question continue. On peut le constater à l'examen de la littérature qui s'y rapporte, et aux observations qu'il est possible de faire quand ce sujet est évoqué dans un dialogue, ou au sein d'une assemblée. Ce sujet de discussion appartient à la classe des questions désagréables à débattre, susceptibles de provoquer souvent, tant chez des opposants que chez des partisans, des réactions affectives très vives, émergences de problèmes intrapsychiques individuels. Néanmoins, à côté de ceux qui nient l'existence même du problème ou de ceux qui le résolvent par une prise de position systématique et irréductible de tolérance ou de rejet, il nous paraît possible d'adopter une attitude d'expert chargé de situer les zones de conflit, de préciser si l'interruption de grossesse constitue ou

non encore un acte thérapeutique et de prendre une décision tout en tenant compte de ses propres implications transférentielles. »

Placé devant le très cruel dilemme de venir en aide à des détresses morales souvent gravissimes d'une part, et de respecter des solutions toujours boiteuses, car elles seront toujours tre qui aborde le problème de l'avortement se trouve donc inévitablement « coincé » dans des situations sans issue auxquelles seule sa conscience morale éclairée peut parfois apporter des solutions toujours boiteuses car elles seront toujours le fruit d'une politique de moindre mal, qu'il s'agisse d'interruption de grossesses, de contraceptions préventives, de stérilisation ou d'adoption.

La Rochefoucault a écrit : « Nous avons tous assez de force pour supporter les maux d'autrui » (Cité par Flournoy 4).

Le malade mental au sens le plus large, car nous y incluons celui qui a des difficultés psychopathologiques graves, a connu l'évolution historique que l'on sait : sorti des griffes du diable, de celles des mauvais esprits ou encore de celles de la police, il est tombé dans les mains des médecins. De ce fait, la folie est devenue une maladie, et c'est parfois vrai si tant est que le fait d'avoir perdu momentanément ou définitivement une partie de sa raison puisse être taxé de pathologie au sens médical de ce mot, qui inclut le concept de souffrance.

On pourrait dire que la société, aux prises avec ses fous, s'est débarrassée d'eux. Elle a fabriqué une nouvelle maladie honteuse qui privait du même coup le malade de son statut d'homme libre, non pas seulement du fait d'éventuelles mesures coercitives, mais du fait plus simple de couvrir la déraison et l'altération médico-psychologique sous le vocable d'une pathologie médicale, donc d'anormalité : l'unijambiste n'est plus aussi libre que celui qui a deux jambes, le malade par déraison est privé socialement de sa liberté.

L'usage de celle-ci est certainement le sommet des réalisations progressistes de l'espèce humaine. Ce raisonnement a fait dire à bon nombre que la psychiatrie était la pathologie de la liberté. C'est sous cette optique que nous continuerons à tenter une approche de ce problème.

Le psychopathe dangereux pour la société fait l'objet de mesures d'internement, mais le délirant paisible qui a choisi de fuir le monde ambiant pour un monde à lui est tout autant considéré comme non-libre, car tous ses actes porteront le sceau de sa déraison et déclarés, ipso facto, comme anormaux et non valables. Cette notion de « liberté psychologique » intervient grandement dans l'étude des conditions psychopathologiques qui entourent le

fait de l'avortement pour autant que l'on considère le fait de la conception comme un acte libre.

A côté de la notion de liberté dans l'accouplement qui détermine la conception, il faut étudier les conditions de celui-ci qui prend son départ dans l'attirance érotique qui, chez les êtres libres, si elle est soutenue par la biologie et l'instinct, représente tout autre chose qu'une attraction simplement instinctive. Elle est cette espèce de fluide un peu magique qui, à partir d'un regard ou même d'une simple pensée, pousse pour quelques instants ou pour toujours un être humain vers un autre. Il est bien certain que lorsque le magnétisme érotique s'est installé de façon durable, il doit être régulièrement réalimenté par la réalisation biologique de l'instinct, l'exercice de la sexualité n'étant que l'aboutissement de l'Eros mais aussi son renforcement continu ; tout cela dans un esprit de liberté le plus large et donc de consentement mutuel, car la « sexualité normale » ne se conçoit qu'entre deux partenaires dont le libre arbitre, le discernement, la capacité de choisir ou la capacité du refus ou d'acceptation, en un mot la raison humaine et non la raison pure, n'est pas altérée. Or, et ce sera notre second problème, nous venons de dire que c'est grâce à ces qualités de relation à autrui et de raison, que l'homme a pu se créer sa personnalité et une certaine forme de liberté d'action vis-à-vis des choses et surtout vis-à-vis de ceux qui l'entourent. Cette raison qui a placé l'homme au sommet de la hiérarchie biologique lui fait ainsi comprendre ce que le concept de liberté a de restrictif, en ce sens que la sienne propre s'arrête là où commence celle d'autrui et peut-être celle du futur nouveau-né.

Roger Troisfontaines (5), dans son article « Faut-il légaliser l'avortement ? », utilise cette notion de liberté lorsqu'il soulève le problème du viol sans toutefois prendre parti et Pierre De Locht dans l'article cité plus haut écrit :

« Dignité de la tâche créatrice.

Est-il possible d'admettre que le viol puisse constituer un mode d'accès à l'existence humaine ?

C'est au nom de la dignité humaine de l'acte générateur, au nom du respect de la femme comme être personnel, qu'on en arrive à se demander si la vie humaine peut être le fruit de la seule violence ?

Certes, des femmes sont capables de transformer un acte, au départ aussi totalement opposé à l'ordre humain.

Pour celle qui a été violentée, la Foi peut se trouver porteuse d'une telle force d'aimer qu'elle se sente la grâce de convertir la pire violence et de prendre en charge, dans un amour recréa-

teur, le fruit de celle-ci ». (Edouard Pousset, dans Etudes, novembre 1970, p. 513). Cette attitude d'exception, possible et valable pour certaines, peut-on et est-il même souhaitable d'en faire une norme ? »

Le psychopathe, en sens général, privé de sa raison ou d'une partie de celle-ci, si tant est qu'on puisse, comme, à titre de comparaison, la médecine, dite organiciste, tente de le faire en utilisant le schéma de la pathologie d'organes presque en conflit avec une pathologie compréhensive, puisse encore avoir une possibilité de discernement ; on peut aussi se demander où se trouve l'acte libre de fécondation. Jamais homme, ni femme n'ont pu savoir quand ils procréaient, quand ce spermatozoïde, aussi subtil que mobile, allait rencontrer cet ovule, plein de promesse de vie ; ce phénomène n'appartient pas au raisonnement humain, l'angoisse de fécondation ou de non-fécondation est un mystère. Que de couples, car on ne peut parler ici que de deux personnes, l'espèce humaine n'est pas parthénogénétique, ne se posent-ils pas ce problème raisonnable, nous y revenons, de cette complémentarité hors des limites de la raison... ?

Je fais l'amour par instinct, par plaisir, par passion, ou plus noblement par amour vrai, car j'aime pour le meilleur et le pire ma ou mon partenaire, que sais-je, à ce moment-là si court par rapport à l'existence que je mène, sur les conséquences de ce temps sublime de mon érotisme tout aussi sublime. Est-on père ou mère parce que de l'union de cette cellule dont on est le propriétaire présumé à cette autre cellule avec une autre présumée propriétaire, on devrait assumer les responsabilités du nouvel être fait de chair et d'esprit pour qui, à l'égal de Dieu, on devrait avoir toute complaisance alors qu'on ne connaît ni le moment ni le temps, ni même peut-être l'auteur de cette fécondation, qui incombe tout à coup. Jésus-Christ est né d'une Vierge qui savait ce qui lui arrivait, elle en avait reçu révélation authentique dans son chef ; elle était pleinement consciente, parce que mère de Dieu ; à l'inverse, la future fille-mère, pour ne prendre provisoirement que son exemple, doit attendre misérablement l'arrêt des menstruations ou les tests de grossesse ; peut-on dire que dans ce conditionnement tragique, cet œuf engendré hors de vraies humaines mesures, dans un petit lupanar d'occasion, soit un homme futur, n'est-ce pas un secours de la création physiologique que de permettre, en notre temps de meilleures connaissances scientifiques, un avortement d'une « morula » non viable parce que raisonnablement, même pas accepté, mais même pas possible parce qu'ignoré par une humanité qui transitoirement n'a pas pris la conscience sublime du rapport sexuel ; c'est une aberration au sens qui nous occupe qu'on puisse avoir un enfant sans le savoir, qu'on soit célibataire, veuve ou épouse adorée, mais c'est un fait réel.

La fécondation est l'œuvre de l'homme et de la femme de raison. Qu'une mère qui le sait pleinement se fasse avorter par confort, cela nous convainc de l'ignominie de sa motivation : tuer après avoir vraiment pratiqué avec toute sa raison consciente « l'amour », c'est l'œuvre des plus odieuses criminelles que notre société ait pu concevoir ; mais faire disparaître l'objet d'un misérable accident d'une pauvresse en désarroi ou en déraison, n'est-ce pas finalement la « Providence chrétienne » qui nous l'inspire puisqu'elle l'a rendu possible par le fait même que l'homme doute de son intégrité et de sa vraie capacité de vie avant qu'il soit déterminé à être viable ; nous voyons cela depuis le début de l'humanité, ce second problème rejoint ainsi le premier par le biais de l'apprentissage de la liberté.

A l'inverse, que de sérénité, que de joie, que de bonheur devant ce couple béni des dieux qui attend un heureux événement, que de cœur et d'amour devant cette tendresse ineffable qui entoure le « berceau » et non plus la « matrice ». Le petit être né là où il faut n'est plus un être « immatriculé », il est au milieu des hommes et des siens, il a passé ce cap de la demi-existence, « il est », « il existe» et si son berceau peut être l'image d'une matrice, ce n'est plus la matrice du forgeron ou du mécanicien, mais celle, ce berceau, que tout le monde a voulu pour lui, même s'il est anormal. La vie n'est que ce qu'on veut bien lui donner, le don est vie ; sans don de soi, et donc des « parents », de la paire génitrice, on ne fait pas, ou en tous cas très peu, d'êtres humains valables.

Le petit de l'homme et de la femme vit donc de cette conjoncture ; avant, il n'est qu'une promesse, on sait ce que cela veut dire, raison et promesse sont incompatibles : on promet sans raison et si on raisonne, on ne promet jamais. Peut-on, inspiré par cette réflexion, croire une seconde que l'œuf-promesse soit homme raisonnable, ou savoir comment s'arrête notre raisonnement, au moment d'une certaine liberté consciente ou non consciente ?

On comprend que l'éducation sexuelle et prénuptiale devient une urgente nécessité devant nos nouvelles connaissances scientifiques.

Comme me le confiait dernièrement un groupe de jeunes, cette éducation se fera dans un retour qu'ils désirent entreprendre vers une plus grande sévérité dans l'éducation générale et dans le respect d'autrui ; ce qui engendrera la remise en place sûre de toute la sexualité ; des amis danois m'ont parlé dans le même sens.

Discipline et respect de soi-même sont facteurs de sécurisation, si nécessaire à l'orée de la vie où l'anxiété de l'existence est si forte. Le relâchement moral actuel d'un nombre plus important

de certaines couches de la société est une preuve éclatante de ce besoin d'identification qui naît dans la contestation même de la jeunesse montante ; c'est un phénomène de tous les temps, mais il est autrement palpable à notre siècle qui est mieux et plus vite informé.

Après ces deux premiers problèmes, nous devons nous pencher sur celui qui nous incombe plus spécifiquement, le traitement des conditions de la grossesse refusée « dans un contexte psychopathologique » ; nous laisserons de côté le problème des graves embryopathies médicalement certaines, aux conséquences psychopathologiques. Dans la perspective que nous venons d'énoncer, elles sont tout aussi acceptables que permissives d'avortement ; la jurisprudence est d'ailleurs des plus tolérantes sur ce sujet et la morale chrétienne tout aussi sévère ; en effet, pour des chrétiens authentiques qui ont accepté et qui veulent pratiquer les principes de leur religion, l'arrivée au monde d'un handicapé est loin d'être toujours facteur de désordre familial ou même de désarroi social. Les multiples auteurs chrétiens dont j'ai lu les écrits au cours des dernières semaines sont formels sur ce point ; personnellement, je peux apporter le témoignage d'un pèlerinage d'handicapés mentaux à Lourdes où, avec d'autres, je fus profondément touché de la dignité respectable et de cette joie splendide du sacrifice librement consenti. On me dira que les circonstances étaient exceptionnelles, je le veux bien, mais je dénie à tout être humain de connaître autre chose dans sa vie terrestre que des « moments » de bonheur ; nous pouvons simplement espérer un autre monde promis par diverses religions, dont nous n'avons qu'une misérable preuve de paradis.

Revenons un moment sur la morale catholique ; elle est tragiquement nette et précise, elle se résume dans le texte de « Casti Connubilie » de Pie XI, qui s'exprime ainsi à des médecins :

« Quant à l'indication médicale ou thérapeutique pour parler leur langage, nous avons déjà dit combien nous ressentons de pitié pour la mère, que l'accomplissement du devoir naturel expose à de graves périls pour sa santé, voire pour sa vie même, mais quelle cause pourrait jamais suffire à excuser, en aucune façon, le meurtre direct d'un innocent ? » (Cité par Anne Desmeules (6) dans sa thèse sur « Avortement et le contrôle des naissances »).

Plus récemment, les évêques yougoslaves déclarent sans ambages :

« Nul ne doute plus aujourd'hui que l'avortement ne corresponde, en fait, à l'assassinat d'un être humain innocent qui n'a aucun pouvoir de se défendre contre cette violence... La science

médicale contemporaine demande une interdiction totale de l'avortement. Elle se trouve ainsi en accord avec la loi tant divine que naturelle ».

Il serait fastidieux de citer les textes qui datent de la plus haute antiquité chrétienne jusqu'à nos jours en passant par les édits des très catholiques rois de France Henri II et Louis XIV. La position de l'Eglise a le bénéfice d'être claire et crée le fameux fossé actuel dont parle avec pertinence M. Claude Levy (7) qui écrit :

« Le fossé actuel.

« Il existe à l'heure actuelle un profond hiatus entre les dogmes de l'Eglise catholique, les législations des pays qui s'en inspirent et l'attitude des sociétés auxquelles elles s'appliquent. Songeons qu'en France, en Italie, en Belgique, en Espagne, en Grèce, en Amérique latine, en Grande-Bretagne, c'est le code pénal qui punit l'avortée et l'avorteur. Législation aussi rigoureuse qu'inefficace qui se base sur la protection chrétienne des droits du foetus. L'avortement thérapeutique n'y étant autorisé qu'exceptionnellement lorsque la mère est en danger de mort, éventualité très rare de nos jours. Aussi l'avortement illégal et clandestin devient de pratique courante même dans nos modernes sociétés catholiques. C'est de ce seul avortement qu'il sera traité. »

« Une remarque.

« S'il est logique que des individus pratiquants à certains préceptes qu'ils trouvent justifiés, il est parfaitement incohérent d'obliger le restant d'une société qui n'adhère pas aux mêmes principes à respecter ces mêmes préceptes. L'Eglise intervient donc en gardienne d'une loi, et une démocratie moderne se doit de respecter une telle attitude, mais ne peut soumettre l'ensemble des populations aux principes d'une minorité de croyants. »

Nous arrivons ainsi au centre de nos préoccupations qui sont les conséquences, les conditions, les possibilités d'épanouissement de la venue d'un enfant au monde dans des circonstances psychopathologiques.

Une remarque s'impose avant de commencer, c'est que 75 % des avortements légaux ou clandestins sont le fait de femmes mariées, nous disent les docteurs Dalsace et Maître Dourlen-Rollier (8) dans leur livre « L'Avortement » ; elles sont, semble-t-il et selon ces auteurs, saines d'esprit et mères de deux ou trois enfants. C'est l'avortement de la démocratie confortable et nous ajouterons manifestement égoïste.

La psychopathologie n'a rien à voir dans cette affaire et nous renvoyons à nos prémisses sur notre opinion de la valeur morale d'un tel acte pris en pleine liberté. Il faut ajouter ici la réflexion d'un auteur médecin qui remarque qu'un retard de règles, indicateur de grossesse, pourra, chez des êtres lucides et donc doués de liberté, provoquer des réactions de refus d'abord, puis d'acceptation, puis de véritable amour ; nous n'irons pas cependant, comme Pierre De Locht, jusqu'à prétendre que le petit dernier est le plus choyé : c'est parfaitement vrai, mais n'est-il pas du même coup aussi très « gâté ». Pour « naître bien » sur le plan de l'hygiène mentale, dit le code familial de l'Organisation Mondiale de la Santé, il faut être le troisième d'une famille de 4 ou 5 enfants ; à ce compte-là, il y a bien peu d'hommes bien nés !

La psychopathologie et la psychiatrie forment une partie de la médecine : celle-ci lutte contre les maux qui entraînent la maladie et la mort, et c'est vrai aussi pour la psychiatrie. Mais la médecine lutte aussi pour le mieux-être de l'humanité (voir la définition de la santé par l'O.M.S.). C'est une forme récente de médecine, mais la psychopathologie et la psychiatrie y jouent un rôle très important.

Nous laissons à d'autres le soin de répertorier la littérature historique concernant l'avortement pour altérations mentales souvent appelées manque de discernement. La thèse d'Anne Desmeules déjà citée est une excellente référence. Nous y notons toutefois les plaisantes contradictions d'Hippocrate, si sévère dans son serment, beaucoup moins dans son traité de « Maladies des femmes », qui remarque finement qu'à son époque, avorter ou pas, même pour causes d'altération mentale, c'était toujours une entreprise très dangereuse, car les techniques d'accouchement et d'avortement étaient marquées d'une mortalité effrayante.

Cette même thèse contient l'essentiel des législations contemporaines et nous situe très bien le problème qui est le nôtre dans son contexte social actuel.

La déclaration du Professeur Pinard nous paraît toutefois importante. Il déclarait en juin 1917 :

« Après ma longue carrière, j'avoue et je proclame que depuis bien longtemps, j'enseigne que la reproduction doit être consciente. J'ajoute que je veux aussi qu'elle soit éclairée et responsable. En agissant ainsi, je sais que je me heurte à une tradition séculaire et que je demande une révolution de nos mœurs. Cela ne m'effraye ni ne me décourage, et plus que jamais, je lutte pour la civilisation de l'instinct de reproduction. Si l'on a plus ou moins civilisé l'instinct de la conservation de

l'individu, l'on n'a rien fait pour ainsi dire en faveur de la conservation de l'espèce. Je veux, par une éducation spéciale, inspirer le respect sacré de l'enfant, alors même qu'il n'existe qu'en rêve. M'inspirant de la religion de l'humanité, je considère qu'il est nécessaire et indispensable d'enseigner à tous les jeunes gens que l'acte de reproduction est l'acte le plus élevé, le plus sublime que l'homme puisse accomplir, et de lui en faire comprendre l'importance, en même temps que la gravité de leur responsabilité. Il m'apparaît que tout en me déclarant ainsi l'apôtre de la procréation consciente et responsable, nul ne peut m'accuser de vouloir nuire à la natalité. »

Ces belles paroles empreintes de logique et de haut sens moral sont toutefois difficiles à mettre en pratique.

Maître Dourles-Rollier (9) écrit par ailleurs :

« La plupart des femmes condamnées pour un avortement éprouvent un sentiment de honte et de révolte d'être marquées par une sanction pénale, d'appartenir désormais à la catégorie des délinquantes, alors qu'en général, elles ne s'estiment coupables, ni vis-à-vis de la société, ni vis-à-vis d'elles-mêmes.

« Lorsque dans un pays la pratique quotidienne s'éloigne par trop de la juridiction y afférente, il y a danger majeur pour l'équilibre et pour la santé mentale générale de cette collectivité (Casamayor). Des interdits qui ne sont plus ressentis par la collectivité comme l'expression d'une réalité effective, religieuse, morale ou économique, lui deviennent étrangers. Il s'ensuit qu'ils ne sont plus tolérés, ni par la population, ni par ceux chargés de les appliquer. La pratique répressive est, à ce moment-là, vidée de son contenu. L'opinion publique accepte volontiers les sanctions, même lourdes, qui frappent les contrevenants aux règles de la circulation automobile — les jugeant même souvent insuffisantes — parce qu'ils ont conscience de la nécessité de cette législation.

« En revanche, la répression de l'avortement apparaît anachronique, voire inutile, du moins en ce qui concerne les avortées. La population prend alors l'habitude d'enfreindre la loi et de se livrer à des pratiques illégales. En ce sens, on peut dire que l'inapplication d'une législation sévère, non adaptée au sentiment de la collectivité, corrompt une société. L'inefficacité de la répression crée également un sentiment d'iniquité : car les malheureuses qui comparaissent devant le tribunal correctionnel savent que les femmes appartenant à un milieu plus aisé peuvent échapper au traumatisme créé par la clandestinité et à toute sanction pénale, grâce à un opportun voyage dans un des nombreux pays à législation plus libérale. Les lois répressives sur l'avortement favorisent une classe au détriment des autres et créent une inégalité sociale inadmissible. »

La description de deux cas classiques pourra éclairer notre conscience médicale dans cette perspective de liberté. Parfois, comme psychiatre, nous devons partiellement les assumer puisque le client ou la cliente quémandeur d'avortement ou les deux à la fois, présentent un conditionnement psychologique qui altère leur libre arbitre.

Nous revenons donc à notre problème : « Comment traiter une plainte aussi sélective que celle de ne pas vouloir d'enfants ? » Les deux situations sont : d'une part la détresse morale à l'annonce d'une grossesse chez une célibataire avec menace d'infanticide, de suicide, d'altérations mentale graves, de défaut d'éducation et d'amour ; d'autre part, la venue d'un enfant dans un milieu où la pathogénèse familiale et individuelle est flagrante sur le plan psychopathologique.

Nous faisons, à nouveau, appel à notre notion d'acte libre dans l'acceptation de la sexualité et de ses corollaires idéaux que nous avons décrits.

Deux observations vont donc illustrer ce que nous venons de dire. Nous en avons des centaines d'autres, chacune différente, nous confrontant tous les jours avec notre cruel dilemme. Les moralistes se doivent d'aider le médecin qui, par affection humaine, c'est son rôle, souffre dans sa chair et son esprit, dans son transfert et son contre-transfert [Jean-Claude et Thérèse De Preux (10)]. Devant les décisions à prendre, nous faisons donc appel à un libéralisme prudent.

La détresse morale est illustrée par une lettre témoignage que je tiens d'une jeune femme intelligente, mariée, mère de deux enfants. Elle a finalement plus ou moins accepté le premier, né hors mariage, mais rejette le second, né dans le mariage. Elle se trouve actuellement dans une difficile procédure de divorce, avec altérations psychopathologiques graves dans son chef, celui de son mari, de ses enfants, sans compter les répercussions familiales.

Nous citons, in extenso, la lettre écrite au fiancé à l'annonce du premier retard de règles, elle est d'une touchante honnêteté, que de drames depuis lors !

« Comment t'exprimer la torture que je subis chaque jour, chaque instant ? Tout bascule autour de moi, la réalité s'est abattue sur moi, tel un fauve sur une proie sans défense. Trop tard. Je me suis égarée parmi les ombres traîtresses de la nuit. Ces branches inoffensives où j'avais cru m'appuyer, c'étaient des tentacules d'un monstre horrible. A présent, il commence à me décorer tout doucement, il me suce le sang à petit feu ; repus, il me laisse un instant de répit ; quand la force et le courage me

reviennent un peu, il recommence, toujours il me torturera ainsi, jusqu'à mon dernier souffle.

« J'étais trop jeune, trop sûre de moi, tout me paraissait si simple, si inoffensif, si beau, et surtout, je croyais en un idéal, je le chérissais plus que tout au monde. Que m'importait de marcher parmi les ombres, si en moi-même, j'étais sûre de trouver la lumière ; je croyais déjà l'avoir trouvée, mais ça encore était un mirage, je vivais un beau rêve, c'est tout. A présent, Dame Réalité, à vous la place, prenez mon royaume chéri, installez-vous, je suis devenue votre servante, à moi de ramper devant vous, résignée, prisonnière de votre Toute-Puissance, jusqu'à la mort. Et toi, ma fille, fais une croix dessus, rien ne sert de pleurer et de regretter, ni de jouer son petit Don Quichotte, ni plus encore, de se révolter. Regarde ton avenir, dans le fond, il pourrait être au beau fixe, les 2/3 du monde ne mangent pas à leur faim, tant de gens souffrent en vain en attendant d'atterrir entre 4 planches, dans une morgue ; toi, tu peux être heureuse, tu vas avoir un mari qui va t'aimer, tu feras beaucoup d'enfants et il ne t'abandonnera jamais. Tu n'auras qu'à soigner les petits, ils auront besoin de toi, et ton mari aussi : tu vois, tu serviras quand même à quelque chose, il n'y aura qu'un petit pas difficile à franchir, une toute petite lutte qui durera 9 mois seulement avec le renom d'être fille-mère, et puis, ça se tassera, tout sera éclairé, et rentrera dans l'ordre...

« Voilà la voix de la raison, c'est elle qu'il faut écouter, Henri. Pour le moment, je suis en enfer, je le hais, parfois je le déteste aussi, car ce petit être est sans défense. Sa seule faute est de ne pas avoir été voulu. Il a été fait par terre, en vitesse, même pas dans un moment d'euphorie, du moins en ce qui me concerne. Je ne peux quand même pas le tuer... eh oui ! j'ai gardé cela de mes anciens principes ; le respect, la sauvegarde de la vie.

« Je me sens seule, c'est comme si « mon un » était coupé en deux, je ne parviens même pas à retrouver le feu de mon amour.

« Que s'est-il donc passé ? Si tout cela pouvait être un affreux cauchemar, si demain je pouvais me trouver « indisposée », mais aucun signe, aucun indice ; et puis, après tout, même si cela était, à présent je me connais telle que je suis, un être détestable, une lâche, je n'ose pas dire une menteuse, car la peur m'empêche d'être moi-même, et toi, toi non plus tu ne pourrais plus jamais m'aimer comme avant, puisque je suis autre, oui, réellement, je crois que je change. Alors, à quoi bon penser à tout cela, je suis si malheureuse, je ne pourrais pas être plus malheureuse, je te le jure. Je t'en prie, ne me console pas, après tout, je n'en vaux pas la peine. Lâche-moi, car toi

aussi tu serais malheureux pour la vie. Oublie-moi, pense que tu as toute la vie devant toi, Tu es libre de tout recommencer avec une autre. Pardonne-moi si c'est possible. Je n'aurais plus le courage de t'aimer encore. »

Devant une détresse aussi pathologique, un refus aussi clair, qui a malheureusement fait ses preuves après coup, que fallait-il faire ? Les 4 membres psychopathisés de cette famille mal bâtie viendront peut-être nous le dire.

Ce refus d'être mère, de porter le fruit d'un tel homme est massivement exprimé, seule la mère s'entrevoit peut-être à travers la perspective, plus culturelle que vécue, de tuer l'embryon ; est-ce au prix de cette souffrance, que l'intéressée, comme nous le savons, a quand même aimé un peu sa première petite fille alors qu'elle déteste son fils venu dans le mariage et que dire du mari ? Ce microcosme est un véritable enfer névrotique.

On peut tenter d'essayer de comprendre : il est certain qu'une jeune vierge qui se donne à son partenaire connaît une « certaine sexualité », son acte est résultante de sa vie psycho-affective, il faut pouvoir évaluer celle-ci. Est-ce possible ? Les psychanalystes et les phénoménologues s'y sont essayés et à travers leurs explications, on peut trouver une certaine forme de vérité. Mais, quand on a une jeune femme dans son cabinet de consultation, refusant obstinément d'être mère — qu'elle soit immature, psychopathe, que ces images surmoïques soient mal intégrées, que l'autonomie œdipienne ne soit pas faite, que le moi soit faible, qu'il y ait trouble de l'identité sexuelle ou de l'adaptation à la réalité normative, etc. — tout cela est terriblement vain, et comme le dit Van Habost, il n'y a à ce drame aucune bonne solution. Fabriquer l'enfer, c'est ce qui est arrivé, les bonnes âmes nous diront qu'avec un peu de bonne volonté, on pourrait arranger les choses. Cette fameuse bonne volonté est présente en surabondance, c'est pourquoi l'enfer existe, sinon, le couple se serait séparé ou bien elle se serait fait avorter. Une interruption de grossesse aurait provoqué, sans nul doute, une culpabilité énorme dans le chef de notre malade immature, nous la connaissons et cela se lit à travers les lignes de son épître. La seule planche de salut aurait été peut-être le statut de fille-mère, et je le conseille le plus souvent dans des conditions similaires. Dans une correspondance, Van Habost m'a communiqué les déboires qu'il a connus dans le processus d'adoption, il serait trop long d'en parler ici, mais sa conclusion est nette et je fais confiance en son expérience : l'adoption est finalement et la plupart du temps plus traumatisante que l'avortement.

On voit combien cette problématique compréhensive et non explicative est douloureuse et difficile et que chaque cas mérite une analyse psychopathologique minutieuse, avec la difficulté supplémentaire que le temps presse.

Que dire de la situation tout à fait classique de la psychose puerpérale survenant chez une multipare prépsychotique dont la mère ou l'amie a présenté le même accident à l'annonce d'une troisième ou quatrième grossesse ?

Ces tendances psychotiques sont illustrées par notre seconde observation.

Il s'agit d'une jeune célibataire, élevée entre un père alcoolique qui vit isolé dans une chambre de la maison, une mère épicière sans amour, sans joie, et manifestement perverse, enfin deux sœurs semi-débiles.

L'intéressée est secrétaire et sa carrière psychiatrique débute par une psychose post-puerpérale de type maniaque avec régression et comportement érotique, rarement rencontré dans notre carrière. L'enfant qu'elle a de son amant, homme marié, s'avère être débile mental. Après guérison des phénomènes psychotiques, l'intéressée rentre dans son milieu psychopathogène. Fragilisée par le premier stress psychotique, elle fait une rapide récidive maniaque jugulée après quelques mois, toutefois une troisième récidive vient sanctionner de nouveaux conflits, avec internement d'office cette fois. Profitant de son érotisme psychotique, le conducteur qui l'amène en clinique profite d'elle après l'avoir fait boire immodérément. Le tableau clinique est toujours le même et les tests de grossesse sont rapidement positifs. Soumise à une cure psychothérapeutique et médicamenteuse intensive avec orientation directive, tendant à lui faire quitter définitivement son milieu familial pathogène, l'intéressée fait une magnifique critique de son état et prend très librement la décision d'interrompre cette grossesse. Nous n'intervenons pas dans cette décision, mais nous l'engageons fermement à suivre sa cure psychothérapeutique, ce qu'elle fait avec grande régularité. Ce soutien indispensable amène une perception plus elective de sa personnalité autonome, une critique du passé et surtout une insertion sociale prise en connaissance de cause. Elle a repris son travail et soigne son enfant. Le transfert qui l'unit à notre équipe est actuellement l'unique lien affectif vrai qu'elle ait jamais connu... l'avenir nous dira le reste.

Nous pourrions citer des centaines d'observations où, à côté d'un simple problème d'embryopathie ou de maladie mentale bien diagnostiquée, une foule de situations relève de cette perception du monde qu'acquiert le psychiatre après quelques années d'expérience.

H. Miller dans une communication au Colloque de l'Association mondiale de psychiatrie reproche aux psychiatres de vouloir tout psychiatriser. Il dit notamment que le psychiatre doit traiter les maladies mentales, c'est-à-dire les maladies comportant une symptomatologie mentale et non vouloir défendre la paix mondiale, décider de l'éducation des enfants, choisir les présidents-directeurs généraux ou « noyer l'effet abrasif normal des relations entre hommes dans la vaseline insipide d'une harmonie lénifiante ». Le psychiatre doit être uniquement un médecin général et éviter d'étendre exagérément le champ de la psychiatrie. Nous sommes bien d'accord avec lui, mais il paraît oublier que ce n'est pas nous qui créons ces situations, ces milieux pathogènes, ces petits déséquilibres qui ne se cristalliseront en phénomènes morbides qu'à la longue d'un défaut d'éducation affective et sexuelle, d'émotions diverses ou de drames socio-affectifs. On voit que vouloir trancher dans notre discipline le normal du pathologique est une belle utopie qui fait sourire nos collègues partisans de la médecine mécaniciste d'organes.

Le problème d'une libéralisation de l'avortement est clair, nous ne dirons pas thérapeutique, car il ne résoud rien en lui-même. Il est une solution négative parfois particulièrement néfaste, mais aussi parfois nécessaire, un peu comme une injection de morphine, si néfaste aux personnalités à tendances toxicomaniaques et si bénéfique à d'autres.

Pour répondre à un récent article de « l'Osservatore Romano » qui parle d'un nouveau pas vers une monstrueuse involution, et qui ajoute :

« Cette "aberration" pourrait être suivie par d'autres, plus graves encore, par exemple l'élimination sans scrupules pour le bien commun, grâce à l'inconscience progressive d'une société conçue selon des critères utilitaristes et inhumains, des « bouches inutiles », des « incurables », des « tarés », de tous les « poids morts ». L'Europe a déjà connu cette aberration et la seconde guerre mondiale aurait été faite pour lutter contre ces retours à la barbarie. Il est bon, conclut l'Osservatore Romano, de s'en souvenir à temps. »

Nous osons dire : « Libéraliser la législation » ne signifie évidemment pas la licence en la matière, vouloir confondre les deux est le fait de la mauvaise foi de certains moralistes. Ils se font heureusement terriblement rares. Si l'enseignement de l'Eglise reste sévère et strict, il doit le rester et tous les chrétiens dignes de ce nom ayant calqué leur existence sur le principe des vertus chrétiennes pourront puiser dans leur foi, leur espérance et leur charité, la force morale suffisante à surmonter les détresses qu'ils vont rencontrer. Nous nous inclinons respectueusement devant ces forteresses de la nature, mais

elles sont aussi rares que les moralistes à faux nez que nous citions tantôt.

Comme nous l'avons dit, il serait contraire aux principes chrétiens les plus élémentaires de vouloir imposer aux autres, et de façon stricte, la morale d'un groupe. D'autre part, la Providence — et c'est à dessein que nous utilisons ce vocable — laisse l'homme et la femme dans une ignorance transitoire des conséquences de leurs amours vrais. Enfin, la personne humaine ne se définit jamais que par rapport au principe de liberté et par rapport à sa relation à autrui.

Toutefois, et nous pensons l'avoir démontré à travers ces lignes, la délicatesse du problème s'inscrit entre cette prise de position et la licence ou la libération totale, le confort à tout prix, contraire à la dignité humaine. L'eugénisme est un crime contre l'humanité, il conduit au génocide ou au pathocide (voir l'Osservatore Romano). La souffrance humaine est un fait, elle cristallise l'accession au bonheur ; vouloir la supprimer à tous coups est une utopie ridicule qui conduit l'homme à la bestialité, négation même du bonheur. Le moment de notre naissance et de notre mort nous restera totalement et toujours inconnu, c'est là peut-être une raison de croire. car entre les deux, le psychiatre ne voit que ruines et deuils, les gens heureux ne le consultent pas.

CONCLUSIONS

Le problème de l'avortement se situe à travers plusieurs dimensions.

I. — C'est, avant tout, un problème émotionnel pour le médecin qui côtoie le drame de la femme qui refuse sa grossesse. Ce drame provoque l'éclatement des passions et le médecin n'en est pas indemne.

II. — L'exercice de la sexualité est une activité libre, sinon il n'y a pas sexualité au sens humain de ce mot. La notion de liberté psychologique est très importante dans les conditions de fécondation et demande un supplément de connaissance.

III. — La personne humaine dans sa plénitude ne prend véritablement sa dimension psychologique autonome qu'en fonction de sa relation à autrui. Pour cela, il est indispensable qu'autrui soit reconnu comme existant, on n'est pas la mère de quelque chose dont on ignore l'existence et vice-versa ; ce quelque chose n'existe que s'il est reconnu comme tel. Ce problème difficile mérite également une étude fouillée.

IV. — L'interruption de grossesse est toujours un pis-aller, facteur de désordres psychologiques, peut-être aussi importants que le maintien de la grossesse ; toutefois, il y a des cas d'exception où les normes psychopathologiques acceptables sont manifestement dépassées. Une étude fouillée de ces conditions doit pouvoir éclairer un médecin expert. Car si la jurisprudence belge se montre tolérante pour l'avortement thérapeutique en cas de danger de mort pour la mère, il y a lieu parfois de se poser le problème du maintien de son intégrité psychologique, facteur d'éducation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abortus provocatus. Rapport van de commissie benoemd door de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, afdeling Psychiatrie, om zich van psychiatrisch gezichtspunt uit, bezig te houden met het vraagstuk van de abortus provocatus.
A. van Dantzig, C. van Ende Boas, A.A. Fischer, G.B. Mastenbroeck, G. Zwanilten.

2. VAN HABOST Jean-Marie. « Contexte et séquelles psychologiques et psychopathologiques de l'avortement ». Travail du Xe Colloque international de Sexologie, Centre Cardinal Suenens, Louvain 1968.

3. DE LOCHT Pierre. « Avortement. Un moraliste catholique s'interroge. » Edit. Universitaires. Sexologie. Paris 1971, p. 130, 131, 132.

4. FLOURNOY Henri. « Nouvelles données et réflexions psychologiques sur les avortements médicaux ».

5. TROISFONTAINES Roger. « Faut-il légaliser l'avortement ? » Nouvelle Revue Théologique de Louvain, 103e année, n° 5, tome 93, Edit. Casterman, Tournai.

6. DESMEULES Annie. « Avortement et contrôle des naissances ». Edit. Gaughin et Lautscher, Montreux, 1953.

7. LEVY Claude. « Société et Avortement ». Edit. Universitaires. Sexologie. Paris 71, p. 32.

8. DALSACE et DOURLEN-ROLLIER. « L'Avortement ». Edit. Castermans. Paris, 1970.

9. DOURLEN-ROLLIER. « Etudes comparées de l'avortement devant la loi ». Edit. Universitaires. Sexologie. L'avortement, Paris, 1970, p. 111.

10. DE PREUX Jean-Claude et Thérèse. « Le médecin devant la demande d'avortement ». Edit. Universitaires. Sexologie, Paris, 1971.

SAMENVATTING

Besluiten : *Het abortusprobleem heeft verschillende dimensies.*

I. In allereerste instantie is het een emotioneel probleem voor de geneesheer die geconfronteerd wordt met het drama van de vrouw die haar zwangerschap weigert. Dit drama geeft aanleiding tot het ontstaan van passies waaraan zelfs de geneesheren niet ontsnappen.

II. Het beoefenen van sexualiteit is een vrije daad. Zoniet bestaat er geen menselijke sexualiteit. Het begrip : psychologische vrijheid is zeer belangrijk voor de omstandigheden waarin de bevruchting geschiedt en dit vraagt nauwkeuriger kennis.

III. De volwaardige mens krijgt slechts zijn werkelijke psychologische dimensie in functie van zijn relatie tot de andere. Hiervoor is het noodzakelijk dat die andere als een bestaand wezen wordt erkend. Men kan niet de moeder zijn van « iets » waarvan men zijn bestaan niet kent. Het omgekeerde is ook waar. Dat « iets » bestaat slechts voor zover het als dusdanig erkend is. Ook dit moeilijk probleem moet nader onderzocht worden.

IV. Het onderbreken van een zwangerschap is altijd een noodhulp, uitvloeisel van psychologische stoornissen die mogelijks even belangrijk zijn als het behoud van de zwangerschap. Daar bestaan uitzonderingsgevallen waarbij de psychopathologische normen klaarblijkelijk overschreden zijn. Een grondige studie van deze voorwaarden moet de bevoegde geneesheer kunnen voorlichten. Wanneer de Belgische rechtspraak begrijpend is voor de therapeutische abortus om het leven van de moeder te redden, dan moeten we ook het probleem rond het behoud van de « psychologische gaafheid » onder ogen nemen.

DISCUSSION-BESPREKING

Prof. R. Troisfontaines s.j. (Namur-Louvain)

Le Professeur Guilmot m'a cité tout à l'heure, à propos de l'avortement après viol. Je reviendrai demain sur ce cas où l'on peut distinguer le point de vue moral et le point de vue juridique. Le caractère très humain de la communication entendue, et j'en remercie l'orateur, souligne une différence, dans cette affaire, entre médecin et moraliste. Parce qu'il parle surtout de la femme, le médecin touche davantage le cœur ; le moraliste émeut moins quand il évoque l'enfant. Mais il doit le faire, sans du reste oublier la femme, parce que l'embryon est une personne en devenir. Dans cette perspective, je voudrais faire quelques remarques.

La comparaison entre le coma dépassé et la non-irrigation du cerveau de l'embryon ne résiste pas à l'examen. Dans le véritable coma dépassé, la vie biologique, à bout de course, n'est maintenue artificiellement que par des moyens techniques : elle ne sous-tendra jamais plus une activité personnelle ; le processus de destruction est irréversible et a dépassé le point où une activité de conscience serait possible. Dans le cerveau de l'embryon, au contraire, le processus de construction est déjà en train et s'oriente spontanément vers l'épanouissement personnel. Si le meurtre est l'interruption prématurée et volontaire d'un devenir personnel, il n'intervient pas lorsqu'on arrête le réanimateur, mais bien dans le cas de l'avortement.

L'œuf fécondé et l'embryon n'exercent pas encore les facultés personnelles : c'est sûr, mais sont-ils, oui ou non, engagés dans le processus qui conduit à cet exercice ? Je crois que oui. La seule solution de continuité entre deux vies distinctes se situe au moment de la conception, d'où la position classique : le respect de la personne commence à la conception.

Vous avez mentionné l'objection du Chanoine de Locht — et d'autres l'ont formulée également — à savoir : il n'y a « personne » qu'au moment où le vivant entre dans un jeu de relations intersubjectives. Ces relations ont une importance capitale, je suis le dernier à le nier ! mais elles ne suffisent pas à personnaliser. Vous pouvez choyer, traiter personnellement un animal, il ne deviendra pas une personne. Au contraire, l'enfant, même s'il n'a pas été reconnu et nommé avant sa naissance, a tout ce qu'il faut pour accéder à l'activité personnelle. Les relations personnelles sont capitales pour le développement d'une per-

sonne, mais non pour établir qu'un être est ou n'est pas une personne. Impressionnant à première vue, l'argument est sans valeur aucune. Aussi ne puis-je accepter cette comparaison entre l'enfant accepté, choyé et cet « objet » à faire disparaître. L'être humain n'est jamais un « objet ».

Les statistiques... Vous savez combien, dans cette affaire, elles font défaut ; ce qui n'empêche pas les magazines et les manifestes d'en produire, plus émouvantes, mais aussi plus fantaisistes les unes que les autres. D'après Mme Dourlen-Rollier, dites-vous, 75 % des avortées sont mariées. Au colloque de l'U.L.B. en mars dernier, le Professeur Snoeck a fait état d'une enquête menée par lui à Saint-Pierre sur mille femmes qui se faisaient soigner après avortement : 52 %, je crois, étaient mariées. Quels que soient les chiffres, l'important est de savoir ce qu'ils deviendront sous l'impact d'une loi qui libéraliserait l'avortement. Le Professeur Snoeck faisait état de son enquête pour signaler que, dès qu'on légalisait, les proportions se modifiaient, et que l'âge moyen des avortées baissait. Ainsi, en Roumanie, en 1965, plus de 25 % des jeunes personnes qui se faisaient avorter avaient moins de 17 ans, et elles n'étaient certes pas les seules à n'être pas mariées !

« Morale chrétienne », avez-vous dit, pour enchaîner : « morale d'un groupe qui ne peut s'imposer à tous ». Non, il s'agit de morale humaine et je connais, comme vous aussi sans doute, des personnes qui ne sont pas du tout chrétiennes et ne s'en opposent pas moins, farouchement parfois, à toute légalisation de l'avortement. Mais on tient à redire que les chrétiens sont seuls en cause, afin d'en tirer argument. Madame Dourlen-Rollier, reconnaissant que Caracalla a promulgué des décrets réprimant l'avortement, en infère qu'il devait être sous l'influence chrétienne. C'est mal connaître l'histoire : Caracalla est persécuteur des chrétiens. Par malheur, sous prétexte de faire un « dossier de l'avortement », les *Informations Catholiques Internationales* se sont contentées de résumer le livre tendancieux de Mme Dourlen-Rollier.

Comme les médecins que nous avons entendus ce matin, nous sommes tous bouleversés par certains cas tragiques. Mais légalise-t-on en fonction des cas tragiques ? Quel sera l'impact d'une loi qui permettra, en fait, beaucoup plus que la solution des cas tragiques ? Comment la loi sera-t-elle comprise, interprétée ?

Prof. Dr. P.H. Guilmot (Louvain)

Je suis très heureux que le Père Troisfontaines me fasse des critiques, car il est inutile de vous dire que le problème, comme je l'ai dit et répété, est délicat.

I. Le coma dépassé et le défaut de myélinisation n'est pour moi qu'une comparaison ; il est évidemment stupide de vouloir dire qu'un homme grabataire en train de mourir et un bébé qui naît, ce soit la même chose. Toutefois, la morula à laquelle je fais allusion est évidemment une promesse de vie et, comme le dit bien le Père Troisfontaines, si cette morula est peut-être un être humain, il va se personnaliser progressivement : se personnaliser bien ou mal. Et c'est là que je suis obligé de constater qu'il peut se personnaliser très mal dans certaines circonstances que j'ai décrites.

Cette réponse vaut également pour le problème difficile à définir de l'interrelation personnelle.

II. Le problème des statistiques : je connaissais le travail du professeur Snoeck, j'ai cité celui de Dalsace et Dourlen-Rollier. Que ce soit 75 %, 52 %, 20 %, il est un fait que beaucoup de femmes mariées, mères de famille, multipares souvent, demandent à se faire avorter.

III. Les gens en général, même nous en particulier, pour certaines choses que nous connaissons mal, nous avons facilement tendance à faire du droit, les normes d'une certaine morale, ce qui est évidemment absolument faux ; le droit n'étant (si je peux m'avancer dans un domaine qui n'est pas du tout le mien) qu'une normation d'une certaine morale : la morale étant un principe, le droit étant son application.

Je crois qu'il faudrait peut-être répondre au Père Troisfontaines sur ce qu'est ce fameux risque. Nous médecins, nous sommes concernés, vous l'avez tous dit, par le risque que l'individu en puissance pourrait devenir un mauvais individu médico-psychologiquement parlant ou bien éventuellement être exposé à une embryopathie ou à une maladie congénitale, une incapacité d'être... le petit idiot mongoloïde, si sympathique qu'il soit. Jusqu'où va-t-on ? Je n'en sais rien.

Ce risque donc est journalier dans le cas qui nous occupe, à la fois pour l'enfant, pour la mère, pour le père, pour les autres enfants s'ils existent, et peut-être bien aussi, puisque là il y a une sorte de conjonction entre la génétique et, disons la psychopathologie, dans le risque de personnalité particulièrement dangereuse : je fais appel à ces fameuses personnalités liées au gène « xyy ». Le risque donc est journalier. Un autre problème est de déterminer ce risque — il ne sera pas facile. Finalement, il faudrait pouvoir quantifier ce risque. Personnellement, je m'en voudrais de vouloir avancer ici un quelconque pourcentage.

Je sais que je n'ai pas répondu au Père Troisfontaines parce que je ne sais pas lui répondre : les deux problèmes, la psychopathologie et la morale étant tellement intriqués, qu'il faudra, je pense, étudier cela avec toute la délicatesse possible pour que justement l'impact d'une loi plus libérale ne finisse par faire écrouler toute la loi.

Dr. W. Peers (Namur)

J'étais venu surtout ici pour écouter parce que je ne suis pas compétent pour régler les problèmes qu'une philosophie peut induire en médecine. Mais je voudrais néanmoins vous poser une question tout en me réjouissant beaucoup de ce que j'ai entendu ici et qui m'éclairera sans doute, moi, laïc et non chrétien, à aider les patientes catholiques qui me consultent et que j'essaie d'aider en respectant leurs opinions.

Comme vous l'avez très justement dit, tous les trois, avec beaucoup d'autorité, nous sommes dans notre activité médicale guidés non seulement par le serment d'Hippocrate, pour ceux qui l'ont prêté en tous cas, mais également par une définition à laquelle notre pays, comme tous les autres pays membres, a souscrit : celle que l'O.M.S. a donnée de la santé qui n'est pas simplement, on le rappelle toujours, une absence de maladie et d'invalidité, mais également un état de bien-être mental, physique et social.

Je voudrais dire un mot sur le troisième volet de la santé, qui est le problème social, que malheureusement je n'ai pas vu inscrit à votre programme. Peut-être est-ce parce que nous avons considéré que nous, médecins, avons peu de chances d'agir sur le social ; je ne le crois pas. Je ne le crois pas parce que chaque médecin, en plus de la connaissance scientifique qu'il a eu la chance de recevoir, bénéficie aussi d'une qualité d'homme. Peut-être aussi par son activité de médecin est-il un homme, plus que beaucoup d'autres, puisqu'il entre en communion avec les personnes bien davantage que beaucoup d'autres.

Ici, nous devrions pourtant nous arrêter parce que je crois que nous n'avons pas le droit d'accepter une définition sur certains domaines limités — à partir du moment où nous avons souscrit à cette définition. Dès lors, je ne pense pas que le psychiatre puisse répondre au problème que pose la société devant le cas d'une grossesse non désirée. Il voit *un* aspect du problème, mais le sociologue ou le médecin de médecine sociale serait peut-être le bienvenu. Je souhaite que ceux qui se sentiraient

qualifiés en tant que chrétiens pour aborder cette question essayent de le faire au cours de ces travaux.

Pour ma part, je pense que tout être humain est concerné par ce problème, soit qu'il accepte ou qu'il rejette l'idée d'avortement. Et nous devons nous demander si nous n'avons pas beaucoup à faire, tous, en introduisant des notions nouvelles et en supprimant des expressions vieillies de « fille mère » pour les remplacer — et c'est une tendance — par « mère célibataire » qui a une consonance de meilleure acception. Je ne suis pas certain que le mot réponde à une réalité de notre société qui très souvent encore sanctionne la femme qui accepte de faire face seule à sa responsabilité de mettre au monde un être vivant.

La dernière remarque, si je peux me permettre encore une remarque, est d'un autre ordre. Je pense que nous devons, où que nous sommes, essayer de ne pas nous tromper et que nous avons le devoir de tenir les statistiques pour ce qu'elles sont.

Le père Troisfontaines qui me connaît bien et qui sait tout le prix que j'accorde à la chance que j'ai eue de travailler avec M. Snoeck, a cité une statistique. Je mettrais en doute la valeur de la statistique de mon maître M. Snoeck, parce que je ne crois pas qu'on puisse définir le nombre de cas à partir du nombre de femmes hospitalisées. Nous devrions essayer de les établir à partir du nombre de femmes qui consultent, parce que très souvent les femmes mariées acceptent beaucoup plus volontiers l'hospitalisation que les femmes célibataires, et je ne pense pas que l'introduction d'une nouvelle législation soit de nature à considérablement modifier la situation que nous connaissons.

Une dernière remarque à M. Guilmot : j'ai été un peu déçu par l'exposé, brillant par ailleurs, qu'il nous a fait lorsqu'il accuse cette pauvre femme d'être dominée par le mythe phallique. Ne croit-il pas que nous, les hommes, le sommes aussi et que notre rôle est beaucoup plus facile que celui de la femme dans la circonstance où une grossesse non désirée apparaît.

Une chose dont on n'a peut-être pas assez parlé dans le domaine psycho-pathologique, c'est la responsabilité de l'homme et le fait que certains hommes, prenant conscience d'une grossesse non désirée, souffrent aussi de troubles qui vont jusqu'à créer une psycho-pathologie.

Prof. Dr. Lereboullet (Paris)

J'ai très peu de choses à dire, étant donné la qualité des exposés que nous avons entendus et qui m'ont très vivement intéressé.

M. Schockaert nous a fait une énumération excellente des indications médicales éventuelles de l'avortement thérapeutique. Il pose le problème de fait, qu'on est obligé de choisir entre la mère et l'enfant. Ce que je voudrais dire, c'est que dans beaucoup de cas, il n'y a pas véritablement choix, car dans tous les cas qu'il a cités, au moins dans 80 % des cas, si la mère succombe, l'enfant va succomber aussi.

Je pense qu'il est important du point de vue moral de mettre l'accent sur ce problème. Car, si alors on supprime tous les cas, — étant donné que l'avortement thérapeutique reste tout de même quelque chose d'exceptionnel, comme il nous l'a bien montré, — si on supprime tous les cas où si on ne faisait rien, la mère et l'enfant vont mourir, alors évidemment c'est une justification de l'avortement thérapeutique dans certains cas tout à fait exceptionnels. Je pense que c'est une notion qui est à retenir.

Je voudrais également dire un mot à propos de l'exposé vraiment remarquable de M. Guilmot. Je suis psychiatre également, neuro-psychiatre, et j'ai eu l'occasion de voir comme lui pas mal de ces cas vraiment très douloureux. Je pense qu'on a trop tendance à considérer que l'avortement pour raison psychiatrique devrait s'étendre. En réalité, comme il nous l'a très bien montré, dans tous les cas névrotiques, l'avortement est souvent aussi dangereux que le non-avortement. Je voudrais insister sur cette notion, qu'il a très bien expliquée, c'est qu'on voit se développer chez ces malades névrosées, si elles sont avortées, d'autres complexes psychiatriques qui font que le problème n'est pas pour autant résolu.

Je crois qu'il a tout à fait raison de nous expliquer ce problème et cela nous montre, et je suis tout à fait de son avis, que dans ces cas-là, il faut évidemment s'orienter à long terme vers certaines méthodes contraceptives.

Dernier petit mot au sujet du dernier exposé, que je trouve excellent également, mais pour lequel je suis beaucoup moins compétent, à savoir les problémes « néo-nataux ». Il est certain que sur le plan moral, il y a quelque chose qui m'inquiète un peu dans les statistiques de pourcentage ; on nous dit : « quand vous aurez fait telle ou telle exploration, vous aurez un pourcentage peut-être de 50 % d'affections graves ». Alors, que va-t-on faire, même n'y aurait-il que 20 % de chances de mettre au monde un sujet normal ? Je pense que dans l'état actuel de la science, nous devons être extrêmement réservés sur cette notion d'avortement prophylactique qui, tout de même, a beaucoup d'adeptes dans certains milieux médicaux. Je vous remercie.

Prof. Dr. F.E. Mairlot (Louvain - Sint-Niklaas)

Ce n'est pas une question aux trois orateurs que je voudrais poser, mais une question au Président.

M. le Président, nous avons entendu d'intéressants rapports au sujet des indications de l'avortement et je crois qu'en tant que médecins, nous comprenons ce problème. Mais il y a un problème beaucoup plus important qui est posé par une proposition de loi, déposée sur le bureau du Sénat belge, visant à permettre l'avortement pour grossesse non désirée. Et là, M. le Président, je voudrais savoir quand on pourra discuter de cette question parce qu'elle dépasse, et de loin, le problème relativement simple de certains cas particuliers, discutés ce matin. Voilà ma première question.

Deuxième point : je regrette que dans beaucoup d'exposés, non seulement ceux que nous avons entendus ici, mais d'autres en général, on se tienne toujours à une seule dimension. Or, le problème de l'avortement, non pas de l'avortement médical ou même prophylactique dans certains cas, mais le problème de l'avortement tout court est un problème pluri-dimensionnel avec de très nombreuses inter-relations. Ces inter-relations vont jusqu'aux problèmes de civilisation et je vous demanderai la permission d'en discuter, parce que le problème doit aussi se situer à ce niveau-là.

Troisième point. Le troisième point a rapport à une des dimensions que nous, scientifiques, nous négligeons beaucoup trop parce que nous la situons bien souvent « hic et nunc » : c'est la temporalité. Cette temporalité est excessivement importante à préciser lorsque l'on traite de l'avortement.

Le Père Troisfontaines tout à l'heure et mon collègue M. Guilmot viennent de discuter à quel moment nous avons affaire à un être vivant. Le problème est peut-être mal posé. Dès qu'il y a conception, qu'y a-t-il ? Il y a un processus d'organisation qui s'établit dans une temporalité, avec une certaine finalité ou tout au moins une téléonomie. Et c'est là aussi que se situe le problème. Dès qu'il y a processus évolutif avec une certaine téléonomie, il y a la vie, c'est-à-dire « être ». Je crois qu'il faut quand même revenir à la réalité, et essayer de considérer le début de la vie dans une optique un peu plus réaliste que celle de l'acceptation par autrui !

C'est pourquoi je pense que nous ne pouvons pas envisager l'embryon uniquement au moment où il se situe, à ce moment-là, et à ce moment-là seulement. Nous devons le considérer avec toute sa finalité et sa temporalité.

Je voudrais encore dire un petit mot sur l'espèce. L'espèce est l'autre aspect de la temporalité de cet embryon et, dans l'étude de l'avortement, on oublie beaucoup trop souvent cette espèce dont nous sommes d'ailleurs un des fruits.

Je vous remercie, M. le Président.

Le Président

Je puis vous rassurer, Monsieur, pour le premier point qui est, si je me rappelle bien, l'aspect juridique. Je pense que le moment opportun sera de discuter de cela après l'exposé de M. Dierkens, cet après-midi, puisqu'il parlera surtout de l'aspect juridique, c'est-à-dire de l'état actuel au point de vue du code pénal et des répercussions éventuelles d'un changement aux dispositions de ce même code pénal. A ce moment-là, vous pourrez intervenir et je vous donnerai la parole.

Pour les deux autres points, je crois que je dois vous répondre de la même façon. Au moment où il sera discuté de l'aspect moral, c'est-à-dire toute la matinée de demain, je pense qu'un des deux orateurs, ou même les deux orateurs, vont toucher le problème dont vous avez parlé : de la signification, si j'ai bien compris, de la vie à partir même de l'état embryonnaire, la finalité de la vie, la raison pour laquelle nous vivons, etc.
Je crois que je pourrai vous donner satisfaction, avec plaisir d'ailleurs, si vous avez la patience d'attendre le moment opportun.

Dr. P. Cordier (Paris)

Je voudrais faire une très brève remarque en ce qui concerne le risque de l'embryopathie rubéolique. Je crois que les statistiques qui tentent d'apprécier ce risque sont extrêmement variables. Bouer, dans un article récent de la Presse Médicale, a attiré l'attention sur le fait suivant : si ces statistiques sont variables, c'est probablement que le diagnostic de rubéole n'est pas simple ; il n'est pas simple cliniquement, il n'est pas simple non plus sur le plan immunologique. On se demande si certaines augmentations apparemment significatives du taux des immunoglobulines pendant le début de la grossesse, qui pourraient traduire l'existence d'une rubéole, ne sont pas des réactivations d'une immunité ancienne.

Bouer a pensé que seule l'appréciation du taux des immunoglobulines à poids moléculaire élevé, immunoglobulines « M » se-

raient significatives d'une dirémie récente et acquise au début de la grossesse. Dans ce cas, je cite toujours le même auteur, le risque d'embryopathie ne serait plus problématique, mais certain.

Prof. R. Bourg (Bruxelles)

Je désire faire une remarque importante au sujet du problème rubéole-grossesse. La vaccination est évidemment une méthode qui doit nous épargner ce terrible dilemme moral de savoir ce que nous devons faire du foetus contaminé dans les premiers mois, si les parents ne désirent pas prendre la responsabilité d'un enfant gravement malformé et si le médecin croit qu'une interruption de la grossesse est préférable, étant donné les données formelles qu'il a à sa disposition.

Je voudrais simplement attirer l'attention sur le fait que la vaccination anti-rubéoleuse comporte un certain risque. J'ai été confronté dernièrement avec le problème d'une jeune femme qu'on avait vaccinée alors qu'elle était enceinte d'environ cinq semaines. Il est bien stipulé que la vaccination impose une période de trois mois « d'anticonception », parce que le virus, tout en étant atténué, est toujours capable de traverser la poche embryonnaire et d'atteindre le foetus. Ceci est extrêmement important. Il ne faut pas que des circonstances comme celles que j'ai vécues se reproduisent. Il faut que les médecins ne perdent pas de vue que la vaccination anti-rubéoleuse ne peut se faire quand existe ne fût-ce qu'une possibilité de grossesse, soit en phase prémenstruelle, soit du fait d'une aménorrhée de cause inconnue et que la grossesse est interdite dans les trois mois qui la suivent.

Mme Dr. E. Cabeaux (Bruxelles)

Je voudrais me permettre de faire une remarque, peut-être difficile à exprimer... C'est que j'ai l'impression que tout ce que j'ai entendu ce matin, pour parfaitement intéressant et parfaitement scientifique qu'en soit le contenu, sème une confusion dans le but et dans la pensée qui sous-tendent cette réunion.

On a en effet énormément parlé des indications médicales d'avortement « thérapeutique vrai », celui que tous les médecins, spécialement tous les gynécologues obstétriciens dont je suis, connaissent. Mais je pense que cet avortement « thérapeutique

vrai », il faut d'abord et avant tout rappeler qu'il existe dans notre pratique.

Je ne veux pas m'étendre là-dessus, mais les gynécologues ici présents connaissent les possibilités, dans le cadre d'une jurisprudence qu'on nomme « prétorienne », de pratiquer de tels avortements thérapeutiques. Par conséquent, tout le temps et toute l'énergie que nous dépensons ici à en parler consiste à parler d'un problème qui est déjà, je pense, résolu, du moins à 90 %.

Deuxièmement, je remarque le Docteur Willy Peers — que j'espère pouvoir appeler non seulement confrère mais ami —, hochant la tête lorsque je parle de l'avortement strictement thérapeutique en le disant résolu à 90 %.

J'espère qu'il ne m'en voudra pas si je lui dis, à propos de son intervention, qu'elle fut naturellement très nuancée, et qu'il a fait des remarques pertinentes... Mais j'insiste sur le mot « nuancée » et je crois qu'il ne m'en voudra pas de souligner tout de même le fait qu'il est — en plus d'un éminent et très aimable confrère — LE protagoniste principal de la libéralisation ABSOLUE de l'avortement, ce qui me semble peu compatible avec une pensée nuancée. (1)

(1) Le Docteur Willy Peers est le seul médecin membre fondateur de la Société Belge pour la Légalisation de l'Avortement (Mon. belge 29 oct. 1970) dont les buts sont, entre autres, de promouvoir la « totale légalisation de l'avortement » et de « coordonner tous les efforts ayant un objet similaire, tant sur le plan national qu'international ».